ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998

Cahier technique et méthodologique

VOLUME 1

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

Institut de la statistique du Québec

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998

Cahier technique et méthodologique

VOLUME 1

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

Carole Daveluy
Lucille Pica
Nathalie Audet
Robert Courtemanche
France Lapointe
Luc Côté
Jimmy Beaulne

Institut de la statistique du Québec

L'*Enquête sociale et de santé 1998* a été subventionnée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RSSS).

Cette publication a été réalisée et produite par l'Institut de la statistique du Québec.

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 1620
Montréal (Québec)   H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749
Télécopieur : (514) 864-9919

ou

Téléphone : 1 877 677-2087
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site WEB : http://www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée : DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE, L. CÔTÉ et J. BAULNE (2001). *Enquête sociale et de santé 1998 – Cahier technique et méthodologique : documentation générale, volume 1*, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 220, [133] p.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Quatrième trimestre 2001
ISBN 2-550-38461-X

Novembre 2001

Table des matières

Liste des tableaux

Liste des schémas

Liste des annexes

Introduction générale

Mis en place en 1985 pour réaliser une première enquête générale de santé auprès de la population québécoise, Santé Québec, organisme devenu, depuis le 1er avril 1999, la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), a maintenant à son crédit une vingtaine d'enquêtes qui contribuent à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être des Québécois.

Ces enquêtes sont de deux types : les enquêtes générales* et les enquêtes complémentaires. Les enquêtes générales donnent un portrait de l'état de santé et de bien-être de l'ensemble de la population du Québec et de chaque région sociosanitaire. Les autres enquêtes, dites enquêtes complémentaires, étudient des sujets particuliers ou des populations spécifiques. Les enquêtes réalisées à ce jour ou en cours de réalisation sont les suivantes :

? L'enquête *Santé Québec 1987**, réalisée auprès de 32 000 personnes;

? L'*Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire*, réalisée en 1990 auprès de 2 354 personnes;

? L'*Enquête québécoise sur la nutrition*, réalisée en 1990 auprès de 2 118 personnes;

? L'*Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS chez les jeunes de 15 à 29 ans*, réalisée en 1991 auprès de 3 000 jeunes;

? L'*Enquête sur la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois de 15 à 29 ans*, réalisée en 1991 auprès de 3 000 jeunes;

? L'*Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James*, réalisée en 1991 auprès de 2 000 personnes;

? L'*Enquête québécoise sur la santé mentale des enfants et des adolescents de 6 à 14 ans*, réalisée avec l'Hôpital Rivière-des-Prairies, en 1992, auprès de 2 401 familles et de 1 440 enseignants;

? L'*Enquête Santé Québec auprès des Inuit du Nunavik*, réalisée en 1992 auprès de 400 familles;

? L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993**, réalisée auprès de 35 000 personnes;

? L'*Enquête sur l'activité physique de loisir au Québec*, réalisée en 1993 auprès de 1 967 personnes;

? L'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, étude en cours réalisée auprès de 2 100 enfants;

? L'*Enquête sociale et de santé 1998**, réalisée auprès de 30 000 personnes;

? L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998*, réalisée auprès de 4 015 personnes;

* L'astérisque identifie les enquêtes générales

- L'*Enquête sur la violence envers les femmes dans les couples québécois*, réalisée en 1998 auprès de 2 000 femmes;

- L'*Enquête sur l'activité physique de loisir et la santé au Québec*, réalisée en 1998 auprès de 2 154 personnes;

- L'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*, réalisée en 1998 auprès de 4 200 élèves de la 1re à la 5e secondaire, et répétée en 2000;

- L'*Étude Santé Québec auprès des communautés culturelles*, réalisée en 1998-1999 auprès de 4 116 immigrants récents, dans 1 157 ménages appartenant à diverses communautés culturelles;

- L'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents du Québec – volet sociosanitaire*, réalisée en 1999 auprès de 3 665 jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans, dans 182 écoles;

- L'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents du Québec – volet nutrition*, réalisée en 1999 auprès de 1 938 jeunes de 6 à 16 ans, dans 182 écoles;

- L'*Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal et de Québec*, réalisée en 1999 auprès de 757 personnes;

- L'*Enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec*, réalisée en 1999 auprès de 2 469 mères ou femmes responsables d'au moins un enfant âgé entre 0 et 17 ans.

Pour mener à bien ces projets, Santé Québec, puis l'actuelle Direction Santé Québec travaillent de concert avec la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales[1] et bénéficient de la précieuse collaboration du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, des universités et de divers groupes de recherche qui participent régulièrement à l'une ou l'autre phase des enquêtes. Ce mode de fonctionnement permet de compter sur une expertise riche et variée.

Le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* a été publié en novembre 2000 (Daveluy et autres, 2000); des monographies portant sur des sujets ou des aspects particuliers de l'enquête seront également publiées. La banque de données et les documents afférents sont disponibles à la DSQ et au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ), de même que les instruments de collecte et les manuels de formation des intervieweurs.

Quant au présent cahier technique et méthodologique, il constitue en quelque sorte la mémoire de l'enquête tout autant qu'un exposé des moyens retenus pour faire de l'ESS98 un produit de qualité. Il est présenté en deux volumes. Le premier volume est composé de trois parties : la première décrit la préparation, le déroulement et le processus de gestion de l'enquête, sous l'angle opérationnel; la deuxième précise la source et la justification des questions retenues, alors que la troisième expose les dimensions statistiques propres à l'enquête. Le second volume porte sur la définition des principaux indices et regroupements (Audet et Lemieux, 2001).

1. Antérieurement à la création de l'ISQ, cette direction faisait partie du Bureau de la statistique du Québec.

PARTIE I

Dimensions relatives au contenu

et à la gestion de l'enquête

CAROLE DAVELUY

AVEC LA COLLABORATION DE

NATHALIE AUDET ET LUCILLE PICA

DIRECTION SANTÉ QUÉBEC

Introduction

Ce premier chapitre fournit de l'information sur la nature et les objectifs de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. On y trouve aussi des renseignements sur le déroulement de l'enquête et sur le rôle des principaux partenaires impliqués dans le projet. Chacune des étapes de la réalisation y est décrite, de la conception de l'enquête à la publication des résultats, étapes qui se sont échelonnées sur un cycle de plus de cinq ans.

1. Présentation de l'*Enquête sociale et de santé 1998*

1.1 Importance et utilité des enquêtes générales

« L'enquête est assurément l'instrument de collecte de données le plus simple dont on dispose pour la mesure de la santé *[de la population].* » (OMS)

Comme on l'a mentionné en introduction, l'enquête générale contribue à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être d'une population. Elle constitue un outil complémentaire aux grands fichiers de l'État (Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ], Med-Écho, registre de la population sur les décès, etc.); toutefois, ces fichiers ne renseignent que sur les épisodes de contact avec le système ou encore, sur les services dispensés, l'unité d'observation étant le service plutôt que l'individu lui-même, alors qu'on possède peu ou pas d'information sur les maladies traitées par le patient lui-même, guérissant spontanément ou non dépistées (Lalonde, 1974). De plus, et bien qu'importantes à des fins de gestion, les sources traditionnelles sont d'usage limité quand on se préoccupe de connaître l'état de santé de l'ensemble de la population.

Moyen par excellence pour pallier les lacunes identifiées à l'égard des sources traditionnelles, les enquêtes générales permettent d'interroger directement les individus sur leur état de santé et de bien-être, sur leurs comportements et conditions de vie, sur les risques auxquels ils sont exposés et sur la présence de problèmes sociaux au sein des ménages, que les gens soient bien portants ou non, qu'ils utilisent ou non les services sociaux et de santé.

Toutefois, qui dit surveillance, dit observations répétées; mener une enquête générale à intervalles réguliers permet de suivre l'évolution des indicateurs de santé et de bien-être et contribue au réajustement des objectifs visés par les programmes et services sociaux et de santé. Ainsi, l'enquête *Santé Québec 1987* a été une source précieuse d'information pour l'élaboration de la *Politique de la santé et du bien-être* parue en 1992 (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). On peut penser que, à leur tour, les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* serviront à la mise à jour de cette politique, dont la deuxième version est prévue pour 2002.

Les données d'enquêtes générales sont des denrées rares; taillées sur mesure pour répondre aux questions des décideurs, des planificateurs et des chercheurs, mais générant des coûts importants, elles sont recueillies à une fréquence de cinq ans et ne sont donc pas mises à jour sur une base continue, mais seulement à des moments précis dans le temps. Que ce soit au niveau provincial ou régional, les résultats des enquêtes sont

utilisés pour l'évaluation des programmes sociaux et de santé, pour préparer de nouvelles stratégies de dépistage et de prévention, et pour prévoir l'allocation des ressources en conséquence.

L'*Enquête sociale et de santé 1998* revêt donc une importance et une utilité particulières puisqu'il s'agit de la troisième d'une série d'enquêtes générales sur l'état de santé et de bien-être de la population québécoise. En utilisant les données des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 comme points de comparaison dans le temps, l'enquête de 1998 permet de suivre des phénomènes mesurés cinq ans et même 10 ans auparavant, selon le cas.

1.2 1987 … 1992-1993 … 1998

L'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS98) s'inscrit dans le prolongement de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (ESS92-93; Santé Québec, 1995) et de l'enquête *Santé Québec 1987* (SQ87; Santé Québec, 1988), celle-ci se situant « dans la continuité de l'enquête Santé Canada (de 1978), tant dans ses objectifs que dans sa méthodologie » (Émond, 1988).

C'est donc dire que l'ESS98 reprend à son compte une grande partie des sujets étudiés dans ces enquêtes générales ainsi que leur approche méthodologique. Elle en touche à peu près tous les thèmes, y compris les problèmes de santé chroniques qui n'avaient pas été examinés lors de l'ESS92-93, la prévalence et la distribution de ces phénomènes variant peu en cinq ans.

L'ESS98 a la particularité d'étudier de nombreux nouveaux sujets et d'approfondir des aspects traités dans les enquêtes antérieures. Mentionnons par ailleurs que la collecte des données est cette fois-ci assistée par ordinateur.

1.3 Une enquête régionale

Comme pour les enquêtes précédentes, l'échantillon de l'ESS98 permet la représentativité des données principales sur le plan régional, et ce, pour 16 régions sociosanitaires (la région Nord-du-Québec s'étant ajoutée depuis l'ESS92-93), excluant toutefois les régions crie et inuite.

1.4 Une enquête locomotive

En 1998, l'*Enquête sociale et de santé* a servi d'enquête locomotive, dans le sens qu'une partie des répondants des ménages qui en constituent l'échantillon ont été questionnés pour l'une ou l'autre des trois enquêtes complémentaires que sont l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités*, l'*Enquête sur la résolution des conflits conjugaux* et l'*Enquête sur l'activité physique et la santé*, ou encore, pour deux courts questionnaires portant l'un sur un indice synthétique de la santé (SF-36), l'autre sur les effets de la tempête de verglas sur les résultats de l'ESS98. C'est pourquoi, l'enquête de 1998 s'est d'abord appelée l'*Enquête générale de 1998* puis, lorsqu'est venu le moment d'en faire la promotion dans la population, l'*Enquête générale sur la santé et le bien-être de la population 1998*, titre chapeautant ce train d'enquêtes.

2. But et objectifs de l'*Enquête sociale et de santé 1998*

L'*Enquête sociale et de santé 1998* a pour but de recueillir des renseignements pertinents sur la santé et le bien-être de la population québécoise afin de permettre au MSSS, aux régies et à leurs directions de santé publique, aux autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à d'autres utilisateurs, de mieux identifier les besoins et les secteurs prioritaires d'intervention, de mieux planifier

l'allocation des ressources (humaines, financières et physiques) et de mieux évaluer les programmes.

L'ESS98 poursuit les objectifs généraux suivants :

? fournir des renseignements utiles à l'évaluation et au suivi de la *Politique de la santé et du bien-être (PSBE)* et des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (PNSP)*;

? fournir aux décideurs et aux chercheurs du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du réseau et d'autres milieux une source d'information sur la population québécoise en ce qui concerne les habitudes de vie, la santé physique et mentale, les milieux et conditions de vie, ainsi que la consommation de services;

? suivre les tendances des indicateurs présents dans les enquêtes antérieures;

? analyser les variations des observations en fonction des caractéristiques démographiques et socioéconomiques;

? assurer la représentativité des données régionales et permettre la comparabilité entre les régions et avec l'ensemble du Québec.

Elle répond aux principes directeurs suivants :

? L'*Enquête sociale et de santé 1998* se définit comme une reprise de l'enquête de 1987, au sens où la collecte de renseignements sur les problèmes de santé en constitue une partie importante; elle se situe également en continuité avec l'enquête de 1992-1993, particulièrement en ce qui concerne les instruments qui y ont été développés; elle doit être menée avec le souci de comparabilité des données tout en tenant compte des besoins actuels.

? Les variables retenues doivent compléter les données déjà disponibles par d'autres sources.

? Les résultats de l'ESS98 doivent être comparables à ceux d'enquêtes analogues du Québec, du Canada ou d'ailleurs.

? L'enquête doit tenir compte des buts et objectifs de l'*Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)* dont l'échantillon québécois est constitué d'un sous-échantillon de celui de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

? L'enquête doit être conforme aux critères de qualité scientifique les plus élevés.

L'ESS98 a ses propres objectifs : pour tenir compte des changements dans le réseau de la santé, elle documente certains aspects du virage ambulatoire. L'ESS98 est aussi l'occasion d'explorer plusieurs nouveaux thèmes.

3. Déroulement de l'*Enquête sociale et de santé 1998*

3.1 Étapes de l'enquête

Une enquête comme celle-ci se réalise en six étapes, sur un cycle de cinq ans, chaque étape comportant des activités qui se déroulent concurremment à certains moments. En bref, ces étapes sont les suivantes :

Conception et préparation de l’enquête :

Comité d’orientation, comité scientifique, modèle conceptuel, méthodes d’enquête, plan de sondage, choix des thèmes et des questions, élaboration des instruments.

Collecte et traitement des données :

Prétest, recrutement des coordonnateurs et intervieweurs, formation, énumération, plan de communication, réalisation des entrevues, vérification et contrôle de la qualité, codification et saisie des données, constitution des fichiers, validation.

Analyse des données et production des résultats :

Élaboration des plans d’analyse, formation pour les membres des groupes d’analyse, étude de la non-réponse, pondération, application de procédures statistiques, production des tableaux, analyse des données et interprétation des résultats.

Publication et diffusion des résultats :

Faits saillants sous forme de bulletin, rapport général, cahier technique et méthodologique de l’enquête, banque de données, livre des codes et guide de l’usager, monographies.

Promotion de l’utilisation des données :

Colloques, conférences, soutien méthodologique pour les chercheurs, programme de subvention, réponse aux demandes de statistiques non disponibles dans le rapport.

Les activités associées à ces étapes sont présentées soit dans les sections suivantes de la partie I, soit dans la partie III, pour la méthodologie statistique de l’enquête.

3.2 Rôle de Santé Québec, de la Direction de la méthodologie du Bureau de la statistique du Québec (BSQ)[2] et des partenaires

En collaboration avec la Direction de la méthodologie du BSQ, Santé Québec a assumé la coordination des opérations de façon à ce qu’elles se déroulent selon les normes de qualité les plus élevées. Pour chacune des étapes, sauf pour la collecte, on a fait appel à la collaboration des experts du réseau de la santé et des services sociaux et à ceux des milieux universitaires.

En étroite collaboration avec le directeur de Santé Québec, qui avait lui-même dirigé l’enquête générale de 1992-1993, l’enquête a été gérée par une coordonnateure de projet et une agente de recherche qui agissait aussi comme assistante à la coordination. Le mandat de coordination de l’enquête consistait à préparer chacune des étapes en produisant la documentation nécessaire au processus d’enquête, à encadrer et à mobiliser les nombreuses ressources professionnelles ayant accepté de collaborer à ce processus, et à assurer les communications, tant écrites que verbales, à chacune des étapes; deux agents de recherche se sont ajoutés pour l’étape ultime de la révision des chapitres et de la préparation du rapport. La supervision de

2. Pour rester fidèle aux événements rapportés dans ce cahier qui constitue la mémoire de l’enquête, et vu que Santé Québec et le Bureau de la statistique du Québec (dont la Direction de la méthodologie) n’ont été intégrés à l’ISQ qu’en avril 1999, soit quatre ans après le début des travaux sur l’enquête, on s’en tiendra ici à désigner ces organismes par le nom qu’ils avaient avant leur intégration.

l'informatisation du questionnaire sur le ménage (effectuée par la firme INFO-01), le soutien à la firme de sondage pour la codification et la saisie, la validation et le traitement des données incluant l'application des normes statistiques, la production des tableaux et des indices, et leur suivi auprès des chercheurs, l'élaboration des fichiers de distribution et de la documentation afférente ont été assurés par une agente de recherche, responsable du traitement des données, secondée par une autre agente de recherche, des techniciens en recherche, et, au besoin, par un technicien en informatique.

La Direction de la méthodologie du BSQ a contribué à chacune des étapes, particulièrement aux activités méthodologiques suivantes : étude des questions et des instruments, élaboration et mise en œuvre du plan de sondage, préparation de l'énumération, formation des coordonnatrices à l'énumération et validation de cette étape, établissement des procédures de pondération, choix des méthodes statistiques pour l'analyse, formation des chercheurs et vérification des résultats litigieux.

Pour l'étape de la collecte, qui requérait le recours à une maison de sondage, le contrat a été octroyé au Groupe Léger et Léger inc. (devenu depuis le Groupe Léger Marketing), à la suite d'un appel d'offres auquel avaient répondu trois firmes de sondage. La soumission retenue est celle qui présentait le meilleur rapport qualité-prix selon un jury qui en a fait la recommandation au comité d'administration alors en place à Santé Québec.

Étant donné les exigences stipulées au contrat quant à un contrôle de qualité très strict, Santé Québec s'est associé à chacune des tâches confiées au Groupe Léger et Léger inc. Par exemple :

? Recrutement du personnel de coordination du terrain;

? Préparation de la majorité des instruments de formation à la collecte et recrutement de la personne chargée de donner la formation aux coordonnatrices (celle-ci ayant été elle-même coordonnatrice de terrain à Montréal et chargée de formation pour les nouveaux intervieweurs durant l'ESS92-93);

? Détermination des codes de non-admissibilité et de non-réponse des questionnaires;

? Codification et validation de base des données recueillies.

Tout au long de la réalisation du contrat, la firme et Santé Québec ont eu des contacts très étroits, presque quotidiens, et ont pu réagir promptement aux situations rencontrées. Un comité formé de représentants du Groupe Léger et Léger inc., de la firme INFO-01 et de Santé Québec s'est réuni à une fréquence mensuelle à partir du mois d'août 1997, puis aux deux semaines durant les trois premiers mois de l'enquête. Par la suite, des réunions étaient convoquées au besoin, par l'une ou l'autre des parties. La plupart des décisions relatives à la collecte ont ainsi été prises ou approuvées par Santé Québec.

4. Conception et préparation de l'*Enquête sociale et de santé 1998*

Lors des enquêtes générales précédentes, un comité d'orientation assumait les tâches relatives à l'orientation et à la méthodologie de l'enquête. C'était avant que Santé Québec mette sur pied un comité scientifique chargé expressément d'étudier les aspects méthodologiques des enquêtes. L'équipe de coordination de l'ESS98 a donc été secondée non seulement par le comité d'orientation de l'enquête, mais aussi par le comité scientifique de Santé Québec. Voir le mandat de ces comités à l'annexe 1, et le document de synthèse préparé à l'intention du comité d'administration de Santé Québec, qui a entériné les résultats des travaux préparatoires (Santé Québec, 1995). Par ailleurs, l'ensemble du protocole et des instruments ont été soumis

au comité d’éthique de Santé Québec.

4.1 Comité d’orientation

Assumant le rôle de comité conseil, le comité d’orientation mis en place par Santé Québec a chapeauté la plupart des étapes de l’enquête. Provenant d’organismes qui manifestent un intérêt particulier pour l’enquête sociale et de santé, les membres de ce comité ont été invités à titre personnel pour leur compétence reconnue en planification, en recherche ou en intervention. Ils étaient donc en bonne position pour définir un contenu qui répondrait aux besoins des milieux de la santé et des services sociaux. Ces personnes ont conseillé Santé Québec sur le choix des thèmes, l’approche à retenir pour la collecte, la pertinence des questions, l’analyse des données et les publications.

L’exercice du mandat du comité d’orientation s’est concrétisé par les tâches suivantes :

? Préparation de l’enquête : en établir le modèle conceptuel, identifier et documenter les thèmes retenus, étudier les questions proposées, composer les questionnaires.

? Encadrement de l’analyse des données et de la rédaction des résultats : définir le cadre général de l’analyse, déterminer les grandes lignes des plans d’analyse, étudier et approuver les plans d’analyse de chaque groupe, réviser les textes des groupes d’analyse.

4.2 Comité scientifique

À la suite de l’évaluation de Santé Québec par un comité d’experts internationaux qui en avait fait la recommandation, un comité scientifique avait été créé en 1995.

L’exercice du mandat du comité scientifique pour l’ESS98 s’est concrétisé par les tâches suivantes réalisées plus spécifiquement lors de la préparation de l’enquête :

? Encadrement de la méthodologie de l’enquête : établir les balises pour le plan d’échantillonnage (population cible, base de sondage, méthode d’échantillonnage), déterminer les méthodes de collecte, estimer le fardeau des répondants en évaluant la proportion d’individus susceptibles d’être questionnés pour une ou plus d’une enquête complémentaire, choisir les modalités de prétest, s’assurer de la validité des résultats à la suite de la tempête de verglas en recommandant la tenue d’une étude auprès des répondants clés;

? étude des propositions de questions (validité, ordonnancement des questions,…);

? recommandation de réaliser, parallèlement à l’ESS98, une étude sur un mode de collecte alternatif au face à face dite *Étude parallèle* (Lapointe et autres, à paraître).

4.3 Modèle conceptuel

Contrairement aux enquêtes précédentes qui utilisaient le modèle « Déterminants – État de santé – Conséquences » jugé trop linéaire par les membres des groupes d’analyse de l’ESS92-93, l’enquête actuelle a été l’occasion d’explorer un nouveau cadre conceptuel permettant davantage d’interactions entre les problématiques à l’étude. Le « Modèle systémique pour l’analyse de la santé et du bien-être », entériné par le comité d’administration de Santé Québec, est le résultat de la revue de la documentation sur le sujet, effectuée

pour le comité d'orientation et le comité scientifique, par May Clarkson et Lucille Pica (1995). Ce modèle d'analyse est basé sur une approche ouverte, dynamique et multidimensionnelle. Il comprend cinq paliers ou

cercles intégrant l'ancien modèle (caractéristiques de l'individu; milieu de vie immédiat et réseau d'appartenance) tout en y ajoutant des dimensions peu touchées auparavant (conditions sociales et environnement physique; normes, valeurs et idéologies dominantes).

L'utilisation de ce nouveau modèle conceptuel, conjugué à la levée de l'obligation d'analyser les variables déjà présentées dans les chapitres précédents, a effectivement permis plus de liberté dans l'analyse. Toutefois, l'espace alloué à chacun des chapitres a contraint les auteurs à présenter l'analyse en fonction des principales caractéristiques démographiques et socioéconomiques et d'un minimum de variables secondaires. Ce modèle prendrait tout son sens dans le cadre d'analyses plus poussées sur les indicateurs de l'ESS98, telles que celles qui pourraient être élaborées dans des monographies.

Utilité du modèle :

? Pour le choix des thèmes, particulièrement pour l'identification de sujets d'enquête non couverts ou peu couverts par les enquêtes de santé;

? Pour s'assurer que toutes les dimensions des problématiques à l'étude sont prises en considération lors de la sélection des questions;

? Pour la rédaction des plans d'analyse qui peuvent être ébauchés lors de la proposition des questions.

Rappelons, par ailleurs, qu'une enquête transversale comme celle-ci, c'est-à-dire une enquête qui présente un portrait d'une situation à un moment précis, permet de déceler des liens entre des variables ainsi que des différences entre des sous-groupes de la population ou avec des enquêtes similaires passées. Toutefois, elle ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées.

4.4 Choix des thèmes

Le choix des thèmes retenus pour l'ESS98 a été fait par le comité d'orientation sur la base des critères suivants, puis entériné par le comité d'administration de Santé Québec :

? Pertinence pour une enquête générale sur la santé et les problèmes sociaux (ampleur et gravité du problème pour les individus, la population ou le système de santé et de services sociaux);

? conformité aux buts de l'enquête;

? continuité par rapport aux enquêtes précédentes (intérêt pour le monitoring, variation suffisante en 5 ans, mesure intéressante ou prometteuse en 1987 ou en 1992-1993, possibilité de recalculer des indices intéressants de 1987 et de 1992-1993);

? prévalence assez élevée (phénomène pas trop marginal à cause des petits nombres ou de la difficulté de la mesure);

? information non disponible à partir d'une autre source;

? existence d'une mesure permettant de suivre les objectifs du MSSS ou des régies régionales (indicateur utilisé pour le suivi des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*; indicateur sociosanitaire de l'Institut canadien d'information sur la santé), stratégie nationale de santé publique,

sinon :

? existence d'une mesure acceptable;

? coût raisonnable de la collecte de l'information;

? sujet dont certaines dimensions n'ont pas été adéquatement étudiées;

? comportements ou conditions sur lesquels il est possible d'intervenir.

Une liste de thèmes possibles a d'abord été dressée selon les sources suivantes : les enquêtes générales et spéciales réalisées par Santé Québec depuis 1987, la *Politique de la santé et du bien-être* et la Stratégie nationale de santé publique du MSSS, les indicateurs sociosanitaires de l'Institut canadien d'information sur la santé et l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, auxquels se sont ajoutées des demandes spéciales provenant de l'extérieur.

La première tâche du comité d'orientation a consisté à classer, à partir des dix critères retenus, les sujets de la liste de thèmes en trois catégories : 1. Thèmes acceptés d'emblée; 2. Thèmes acceptés sous réserve et 3. Thèmes rejetés. La liste a été classée individuellement par chacun des membres. La moyenne des cotes a été établie afin de produire une liste complète des thèmes classés par catégorie. Les thèmes qui avaient été acceptés sous réserve ont fait l'objet d'un nouvel exercice de sélection visant à clarifier les zones grises et à réduire la liste à deux catégories de sujets, les uns retenus, les autres rejetés.

Ajoutons que les caractéristiques retenues pour décrire la population sont les suivantes :

Caractéristiques démographiques et socioculturelles :

? Structure par âge et sexe

? État matrimonial de fait

? Appartenance ethnoculturelle

Caractéristiques socioéconomiques :

? Scolarité relative

? Niveau de revenu

? Statut d'activité

? Catégorie professionnelle

? Perception de sa situation financière

? Perception de la durée de la pauvreté

Les thèmes retenus, parmi la centaine de sujets soumis, sont classés dans le tableau 4.1 selon le modèle général de l'enquête.

Tableau 4.1
Thèmes retenus pour l'*Enquête sociale et de santé 1998*

Niveau 1 : Caractéristiques de l'individu		
Habitudes de vie et comportements préventifs	**État de santé et de bien-être**	**Recours aux services sociaux et de santé**
? Usage du tabac	? Perception de l'état de santé	? Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
? Consommation d'alcool	? Problèmes de santé	? Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
? Consommation de drogues et autres substances psychoactives	? Problèmes auditifs et problèmes visuels	? Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC
? Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire	? Accidents avec blessures	? Consommation de médicaments
? Activité physique	? Santé mentale (manifestations de détresse psychologique)	? Vaccination contre la grippe
? Poids corporel	? Idées suicidaires et parasuicides	
? Comportements sexuels et utilisation du condom	? Incapacité et limitations d'activité	
? Orientation sexuelle		
? Divers comportements de santé des femmes		

Niveau 2 : Milieu de vie immédiat
Famille et ménage
? Famille et santé

Niveau 3 : Réseau d'appartenance	
Milieu social	**Milieu de travail**
? Environnement de soutien	? Travail et santé
	? Environnement psychosocial du travail

Niveau 4 : Conditions sociales
? Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Niveau 5 : Normes, valeurs et idéologies dominantes
? Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

4.5 Choix des questions

Le choix final des questions et des diverses échelles de mesure de l'ESS98 a été fait par le comité d'orientation, sur la recommandation des groupes de travail formés pour chacun des thèmes. En effet, au comité d'orientation sont venus se greffer, pour la préparation des instruments de collecte, des groupes de travail composés de un[3] à six spécialistes du sujet provenant du milieu de la santé et des services sociaux et des milieux universitaires, dont la première tâche a consisté à recommander les questions sur les thèmes sélectionnés. La formation de chacun des groupes de travail s'était effectuée autour d'une première personne sollicitée comme responsable de l'équipe et à laquelle on avait demandé de composer son équipe à partir de collaborateurs provenant de préférence de milieux variés. Plusieurs de ces personnes avaient déjà participé à l'analyse des données des enquêtes précédentes; leur expérience permettait ainsi d'assurer la continuité d'une enquête à l'autre, de mieux évaluer les questionnaires antérieurs et de les enrichir. Se sont joints aux anciens, de nouveaux membres qui n'en étaient pas moins des spécialistes du thème. Chaque groupe avait pour mandat précis de soumettre une version de la partie de questionnaire qui lui était attribuée, en respectant les balises imposées par Santé Québec, à savoir :

? Les questions validées sont préférablement maintenues d'une enquête de Santé Québec à l'autre afin de permettre la comparaison et de suivre l'évolution des différents indicateurs;

? lorsque les questions doivent être maintenues ou remplacées, ou encore, que des ajouts sont nécessaires, le choix de questions validées par d'autres études ou d'autres enquêtes d'envergure et de qualité comparables doit être privilégié. La source de chaque question proposée doit être déterminée et sa pertinence, justifiée.

En l'absence de questions validées déjà disponibles, Santé Québec a tout de même accepté d'utiliser des questions originales suggérées par les groupes, lorsque les besoins particuliers du thème ou le modèle conceptuel le justifiaient. Par exemple, des questions visant à explorer les valeurs spirituelles ont été ajoutées à l'enquête après qu'on les ait soumises au comité scientifique pour estimer leur validité et l'impact de ces ajouts sur les instruments.

À la lumière de rencontres et d'échanges verbaux ou écrits avec les groupes, et des conclusions des travaux du comité scientifique, le comité d'orientation a retenu une version finale des questionnaires pour le prétest. Le choix des questions s'est fait sur la base de considérations méthodologiques et de préoccupations pratiques comme la longueur du questionnaire et la durée de l'entrevue. Le prétest a également permis d'apporter des améliorations pour l'élaboration des instruments définitifs.

4.6 Instruments

Enquêter sur la santé requiert des instruments de collecte, les questionnaires à proprement parler, qui servent à recueillir l'information sur l'état de santé et ses déterminants et différents outils de travail dont l'intervieweur a besoin pour mener sa tâche à bien. Par ailleurs, réaliser une enquête de cette envergure avec succès implique une gestion serrée des ressources et le contrôle suivi des données, opérations réalisées à l'aide d'instruments dits administratifs. Le recours à l'ordinateur sert l'ensemble de ces fonctions.

---

3. Les thèmes « incapacité et limitations d'activité » et « Info-Santé CLSC » ont été respectivement sous la responsabilité d'un seul chercheur.

L'ordinateur : un monstre inoffensif!

L'enquête de 1998 a été l'occasion d'expérimenter un nouveau mode de collecte des données sur le ménage, le QRI ayant été informatisé et rendu accessible sur ordinateur portable[4] pour chacun des intervieweurs. L'ordinateur est ainsi devenu l'instrument principal de la collecte des données de l'ESS98 et de l'EQLA[5], mais également un outil de gestion du processus de l'enquête; ainsi, il servait à planifier le travail de l'intervieweur, à enregistrer les données d'enquête et à communiquer avec l'équipe de gestion – l'intervieweur y retrouvait sa liste de logements sélectionnés et toute l'information recueillie était transmise quotidiennement au serveur central du Groupe Léger et Léger inc., à Montréal. Malgré certains incidents de parcours liés à la nouveauté de l'outil pour la plupart des intervieweurs et à la difficulté d'adapter fidèlement le questionnaire papier à sa version électronique, la collecte assistée par ordinateur, ainsi que l'informatisation de certains processus de gestion ont permis de diminuer les manipulations et les erreurs, d'autant plus que l'ESS98 comportait plusieurs volets supplémentaires, haussant le niveau de complexité de la tâche des intervieweurs. Pour en savoir plus sur l'utilisation de l'ordinateur pour les besoins de l'enquête, se référer au module 2 du *Manuel à l'intention des intervieweurs de l'Enquête générale de 1998* (Audet et autres, 1997).

Suivent la liste et une brève description des instruments de collecte et des instruments administratifs de l'ESS98 à l'usage de l'intervieweur et de l'équipe de gestion de la collecte.

4.6.1 Instruments de collecte : les questionnaires

Tous les instruments de collecte ont été produits en versions française et anglaise. Les questions reprises des enquêtes précédentes étaient, par définition, disponibles dans les deux langues. Les nouvelles questions proposées par les groupes devaient aussi être soumises en anglais. Lorsque la version anglaise des questions n'existait pas, Santé Québec, en collaboration avec un traducteur, a apporté un soin particulier à leur traduction.

Questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI)[6]

L'entrevue sur le ménage se fait en face à face à l'aide du QRI informatisé. Instrument principal de l'enquête dont l'intervieweur se sert pour poser les questions et inscrire lui-même les réponses, le QRI est administré auprès d'un adulte suffisamment informé sur l'état de santé des autres membres du ménage pour répondre à leur place.

Le QRI débute avec la section d'identification. Celle-ci sert à établir la liste des membres du ménage qui résident dans le foyer et à préciser leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de lien de parenté. Dans les cas où aucun contact ne peut être établi avec le ménage, seule l'information sur les renseignements administratifs est enregistrée.

---

4. À la suite d'un appel d'offres lancé par Santé Québec, 150 ordinateurs pentium portables de marque IBM ont été achetés pour couvrir les besoins de la collecte.
5. L'ordinateur comportait les questionnaires gérés en face à face à domicile, soit le QRI ainsi que les questionnaires de sélection et de suivi de l'EQLA.
6. Le *Manuel à l'intention des intervieweurs de l'Enquête générale de 1998* comprend, au module 4, tous les détails sur le contenu et l'administration du QRI.

Le questionnaire comprend 16 sections dont les thèmes sont les suivants :

Section I	:	Incapacité au cours des deux dernières semaines
Section II	:	Limitation des activités
Section III	:	Recours aux services de santé ou aux services sociaux
Section IV	:	Consommation de médicaments
Section V	:	Accidents avec blessures
Section VI	:	Problèmes de santé
Section VII	:	Chirurgies d'un jour
Section VIII	:	Hospitalisations
Section IX	:	Questions sur les problèmes de santé déclarés
Section X	:	Symptômes respiratoires
Section XI	:	Vision et audition
Section XII	:	Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
Section XIII	:	Sécurité alimentaire
Section XIV	:	Renseignements sociodémographiques
Section XV	:	Environnement physique : air intérieur
Section XVI	:	Sélection pour l'EQLA. À proprement parler, cette dernière section ne fait pas partie du QRI. Il s'agit, en fait, de la première étape de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité* qui consiste à sélectionner les répondants de l'ESS98 qui présentent des limitations d'activité.

Au total, et sans la section XVI, le questionnaire compte près de 230 questions lorsqu'on ajoute les questions de la section d'identification, mais certaines parties ne s'appliquent pas à tous les membres du ménage. L'entrevue sur le ménage prend environ une heure. Toutefois, lorsque le répondant déclare présenter plusieurs problèmes de santé ou utiliser plusieurs médicaments, l'entrevue peut se prolonger au-delà d'une heure.

Le QRI s'accompagne de trois instruments complémentaires (annexe 2) :

Cartes de référence

Ces cartes (de couleur bleue), reliées par une spirale, sont à l'usage de l'intervieweur; elles lui servent d'aide mémoire pour évaluer certaines situations (cas particuliers concernant le logement habituel, identification des membres du ménage), pour déterminer les codes de résultats de l'entrevue du QRI, etc.

Fiches/« Cards »

Lorsque les choix de réponse sont nombreux ou que la question comporte plusieurs éléments, des fiches cartonnées (de couleur jaune), aussi reliées par une spirale, et identifiées de façon alphabétique, sont présentées au répondant pour lui faciliter la tâche; en version recto/français et verso/anglais. Le questionnaire indique à l'intervieweur les moments où ces fiches sont requises.

Calendrier de référence

Plusieurs questions du QRI demandent au répondant de se référer à des périodes de temps particulières, par exemple : « Au cours des 2 dernières semaines…. ». Dans ces cas, on lui demande de tenir compte des deux semaines complètes avant l'entrevue, soit du dimanche au samedi inclusivement. Pour aider le répondant à bien se situer dans le temps, l'intervieweur lui présente un calendrier qui couvre la période allant de septembre 1997 à décembre 1998, et lui précise les dates appropriées. (D'autres exemples sont donnés au module 4 du manuel de l'intervieweur; voir Conventions).

Questionnaire autoadministré (QAA)[7]

Le Questionnaire sur les habitudes de vie et la santé est destiné aux personnes de 15 ans et plus des foyers sélectionnés. Il s'agit d'un instrument papier que la personne remplit seule, en 35 à 40 minutes.

Le QAA compte 241 questions réparties entre les 17 sections suivantes :

Section I	:	Votre santé en général
Section II	:	Le poids
Section III	:	Les habitudes alimentaires
Section IV	:	L'activité physique
Section V	:	Le tabac
Section VI	:	L'alcool
Section VII	:	Les drogues
Section VIII	:	Le travail
Section IX	:	Divers problèmes personnels (santé mentale)
Section X	:	Le suicide
Section XI	:	Votre vie en général (vie sociale; spiritualité; pratique religieuse)
Section XII	:	La famille

7. Le *Manuel à l'intention des intervieweurs de l'Enquête générale de 1998* comprend, au module 5, tous les détails sur le contenu et l'administration du QAA.

Section XIII	:	La santé des femmes
Section XIV	:	Le service Info-Santé CLSC
Section XV	:	L'audition
Section XVI	:	La sexualité (incluant une question sur l'orientation sexuelle)
Section XVII	:	Renseignements sociodémographiques

Deux questions complètent ces sections : l'une sur la satisfaction des services de santé dans la région habitée par le répondant, l'autre pour obtenir son numéro d'assurance maladie. Aucun consentement n'a été demandé au répondant pour le contacter à nouveau en vue d'autres études, comme ce fut le cas lors de l'ESS92-93.

4.6.2 Instruments administratifs (annexe 3)

Carte d'identité

Une carte avec photo permet d'identifier l'intervieweur et certifie que celui-ci travaille pour Santé Québec et le Groupe Léger et Léger inc. La carte doit être montrée dans chacun des ménages.

Lettre d'engagement de confidentialité

Il s'agit d'une lettre signée par l'intervieweur par laquelle il s'engage à ne divulguer aucune information, de quelque nature que ce soit, concernant le ménage. Cette lettre est présentée à l'interlocuteur, comme gage du respect de la plus stricte confidentialité.

Registre quotidien des visites

Ce formulaire permet de consigner les dates, heures et codes de résultats de toutes les visites effectuées, ainsi que des commentaires explicatifs utiles au suivi de cette visite. Il s'agit d'un formulaire papier dont le contenu est transposé quotidiennement à l'ordinateur pour transmission par modem au serveur du Groupe Léger et Léger inc.

Lettre au ménage

Une première lettre, signée par le directeur de Santé Québec et le président-directeur général du Groupe Léger et Léger inc. informe le ménage sur le but de l'enquête et l'encourage à y participer. On y trouve de l'information sur l'objet de l'*Enquête générale de 1998*, sur les organismes responsables de sa réalisation, sur l'importance d'y collaborer, sur la confidentialité des renseignements recueillis. En cours d'enquête, l'équipe de gestion du terrain du Groupe Léger et Léger inc. a jugé bon d'ajouter une deuxième lettre dont le ton moins officiel permettait de dire les choses plus simplement, de mentionner le nom de l'intervieweur et d'aborder la question de la prime de participation de 15 $. Dans les cas d'accès difficile (grandes conciergeries nécessitant un code d'accès), la lettre a été expédiée aux occupants par la poste. S'il n'y a personne à domicile lors de la première visite, la lettre est déposée dans la boîte aux lettres.

Étiquettes préimprimées pour le QAA

Des étiquettes autocollantes, sur lesquelles les numéros de dossier des logements ont été préimprimés, sont

fournies à l'intervieweur. Elles sont apposées, au fur et à mesure des visites, sur la page couverture des QAA remis pour chacun des membres du ménage.

Enveloppes accompagnant le QAA

Le QAA constituant un questionnaire personnel et confidentiel, il est accompagné d'une enveloppe dans laquelle le répondant le glisse lui-même après l'avoir rempli. Une fois scellée, l'enveloppe est remise à l'intervieweur.

Livret de reçus, primes de participation et enveloppes pour le cachet du ménage

Une fois la collecte terminée dans un ménage (QRI, QAA, questionnaires de sélection et/ou de suivi pour l'EQLA), une prime de participation de 15 $ est remise au répondant principal qui doit alors signer un reçu.

Codes des résultats d'entrevue pour le QRI

Voir cartes de référence.

4.6.3 Instruments propres à l'énumération

Schéma de l'UPE[8]

Il s'agit du plan de l'UPE, soit le secteur géographique à couvrir pour l'énumération et ses limites. Pour l'ESS98, quatre types de cartes ont été utilisées. La section 4 du manuel d'instructions pour l'énumération fournit des détails à ce sujet.

Liste des logements de l'UPE (annexe 3)

Il s'agit du formulaire sur lequel l'intervieweur inscrit toutes les adresses des ménages privés d'une UPE lors de l'énumération. Pour plus de détails, voir la section 1.3 du manuel d'instructions pour l'énumération.

5. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée en quatre vagues distinctes, étalées sur une année complète, du 5 janvier jusqu'au 15 décembre 1998, pour tenir compte des variations saisonnières des variables étudiées dans l'enquête. Le calendrier initial de l'enquête a été modifié de façon à diviser chaque vague en deux périodes de 4 à 6 semaines, à inclure une étape de récupération et à réaliser l'énumération des logements au moment le plus près possible du début de la collecte, une fois les vérifications des résultats de l'énumération terminées et l'échantillon tiré (calendrier à l'annexe 4). Les UPE et les logements échantillonnés ont été répartis également dans chaque vague.

Santé Québec avait exigé par contrat l'atteinte de taux de réponse élevés et prévu des mesures précises pour y arriver : un nombre minimal de visites aux adresses sélectionnées avant l'abandon du ménage, un incitatif financier de 15 $ remis à l'informateur clé du ménage, des pénalités monétaires à la firme de sondage, etc.

Étant donné la lourdeur de la collecte de l'EQLA, menée à partir des répondants de l'ESS98 et réalisée en même temps que celle-ci, d'où son impact sur l'ensemble du processus, les activités associées à cette

8. UPE : unité primaire d'échantillonnage ; voir Base de sondage à la partie III – Aspects statistiques de l'enquête.

enquête complémentaire sont mentionnées pour mieux rendre compte du travail effectué par les intervieweurs lors de la collecte dans les ménages. Toutefois, il faudra consulter le cahier technique et méthodologique propre à l'EQLA pour plus de détails (Camirand et autres, à paraître). Succinctement, le déroulement logistique de la collecte proprement dite implique les étapes suivantes, dont certaines s'effectuent parallèlement.

? la réalisation d'un prétest;

? le recrutement et l'embauche des coordonnatrices de terrain et des intervieweurs;

? la formation des coordonnatrices et des intervieweurs;

? l'énumération des logements de l'UPE, nécessaire pour la sélection aléatoire des logements;

? la tenue d'une campagne d'information pour le lancement;

? la collecte des données comme telle : rencontre entre un intervieweur et un répondant principal du ménage pour effectuer l'entrevue sur le ménage (le QRI); remise aux personnes de 15 ans et plus des QAA et leur récupération, et administration du questionnaire de sélection de l'EQLA, suivi, le cas échéant, du questionnaire général de l'EQLA;

? la vérification et le contrôle de la qualité des données;

? la codification, la saisie informatique et la constitution des fichiers. Il est à noter que l'informatisation du QRI a réduit le temps nécessaire pour la codification et la saisie informatique.

Les opérations de la collecte ont nécessité des communications constantes avec l'équipe du Bureau de la statistique, ainsi qu'avec le personnel de la firme de sondage et de la firme responsable de l'informatisation du QRI (INFO-01). Les échanges directs avec les coordonnatrices de terrain ont eu lieu surtout en début de collecte. Au besoin, des mémos leur ont été envoyés pour apporter des clarifications ou des corrections à certaines consignes concernant les instruments et le déroulement de la collecte; le courrier électronique n'était pas encore d'usage courant en début de collecte. Pour leurs problèmes d'utilisation de l'ordinateur, les coordonnatrices et les intervieweurs avaient reçu la consigne de s'adresser au technicien en informatique de la maison de sondage.

5.1 Prétest

Les instruments de collecte de l'enquête étaient déjà en grande partie prétestés et en principe validés puisqu'ils reprenaient des questions des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 ou d'autres enquêtes de même type. Toutefois, l'informatisation du QRI, d'une part et, d'autre part, la plus grande complexité de la tâche de l'intervieweur et le fardeau imparti aux répondants à cause de l'ajout d'enquêtes complémentaires, plus particulièrement de l'EQLA, devaient faire l'objet d'une répétition générale avant de lancer l'opération sur le terrain. Le prétest a été précédé d'une formation de 4 jours visant à familiariser l'intervieweur aux instruments et à l'ordinateur.

Le prétest visait les éléments suivants :

- vérifier le temps requis pour procéder à l'entrevue assistée par ordinateur pour le QRI et les questionnaires de l'EQLA;
- dépister les derniers problèmes de logique dans l'organisation des questionnaires;
- tester la formulation des questions qui avaient été modifiées par rapport aux enquêtes de 1987 et de 1992-1993, ainsi que celle des nouvelles questions;
- mesurer le temps de réponse au QAA;
- tester le fonctionnement des logiciels : le QRI et les questionnaires de l'EQLA;
- tester la capacité des intervieweurs à utiliser l'ordinateur et à solutionner les problèmes;
- tester le transfert des données et vérifier les processus administratifs (gestion des dossiers, etc.).

À partir d'une liste de ménages de différentes compositions (avec enfants, avec personnes âgées, ou adultes seulement, plus un échantillon de ménages recrutés par l'Office des personnes handicapées du Québec [OPHQ] pour tester l'EQLA), la firme contractante a réalisé 201 entrevues en français et 50 entrevues en anglais dans des ménages privés de l'île de Montréal et de la banlieue nord, entre le 15 septembre et le 10 octobre 1997.

Après ces entrevues, deux rencontres ont permis de revenir sur le prétest : la première, avec les intervieweurs, pour faire le point sur le déroulement des entrevues, la seconde, avec les équipes informatiques de Léger et Léger et de la firme INFO-01, pour discuter des problèmes informatiques et apporter rapidement des solutions. On trouvera, dans le rapport final du Groupe Léger et Léger inc., une section consacrée au prétest (Fagnan et autres, 1999) Ces entrevues de prétest n'ont pas été retenues dans l'échantillon final ni comptabilisées dans le calcul du taux de réponse de l'enquête.

5.2 Recrutement et embauche des coordonnatrices de terrain et des intervieweurs

Considérées comme la clé de voûte de l'enquête sur le terrain, les coordonnatrices régionales devaient posséder les qualités suivantes : maturité, bonne capacité d'organisation, d'encadrement et d'animation, sens aigu du contact humain et des responsabilités, grande minutie, expérience antérieure dans le domaine des enquêtes. Pour quelques-unes qui avaient joué le même rôle avec compétence lors de l'enquête de 1992-1993, on n'a pas jugé nécessaire de procéder à des entrevues. Santé Québec a participé aux entrevues de sélection pour celles dont c'était la première expérience. Au départ, 12 coordonnatrices avaient été recrutées pour couvrir l'ensemble des régions, quelques-unes assumant la supervision de deux régions et, la région de Montréal-Centre, partagée entre deux personnes. Après le départ de l'une des coordonnatrices de Montréal, en début d'enquête, cette région n'a été supervisée que par une seule personne (liste des coordonnatrices de terrain selon la région à l'annexe 4).

À titre de coordonnatrices de terrain, elles étaient responsables des intervieweurs et devaient assurer la bonne marche de l'enquête sur le territoire qu'elles couvraient. Leur première fonction a consisté à mettre leur équipe en place : recrutement et sélection des intervieweurs. Après avoir reçu leur propre formation avec les autres coordonnatrices à Montréal, elles ont formé les membres de leur équipe, cette fois-ci dans les régions. En plus d'assumer la supervision et la formation continue, leur principale responsabilité a porté sur le soutien et le suivi de leur équipe, car l'informatisation du QRI les a soulagées des tâches fastidieuses de vérification.

La firme et les coordonnatrices ont recruté les intervieweurs à partir d'exigences de Santé Québec : avoir de l'expérience, être disponibles et, autant que possible, provenir des régions qu'ils auraient à couvrir. Ayant géré la collecte des données de l'ESS92-93, la firme disposait donc déjà d'une liste des personnes qui avaient agi comme intervieweurs lors de l'enquête précédente. Au besoin, les coordonnatrices ont fait appel aux organismes d'emploi des localités. Une partie des intervieweurs a été rencontrée par Santé Québec lors des sessions de formation.

Au total, 170 intervieweurs ont été recrutés en cours d'enquête. Lors de la première vague, 115 intervieweurs étaient sur le terrain, tandis qu'à la dernière, on en comptait une centaine. Au fil des mois, les départs n'étaient pas remplacés de façon systématique, certains intervieweurs ayant demandé que leur tâche soit augmentée.

5.3 Formation des coordonnatrices et des intervieweurs

Les sessions de formation ont été données en collaboration par Santé Québec, le Groupe Léger et Léger inc. et le Bureau de la statistique du Québec. Les sessions offertes aux coordonnatrices avaient comme but de les familiariser aux modalités de l'enquête (plan d'échantillonnage, énumération, instruments) et aux tâches qu'elles auraient à accomplir. De façon plus particulière, les coordonnatrices se préparaient, pendant cette formation, à assumer la formation des intervieweurs (préparation à l'énumération et aux entrevues) et leur travail de coordination.

Les intervieweurs ont été formés par les coordonnatrices dans chacune des régions, en présence de responsables de la firme et de Santé Québec. En effet, au moins une des personnes responsables à la firme et à Santé Québec ont assisté à au moins une journée de formation dans chacune des régions. Comportant deux volets distincts, la formation des coordonnatrices et des intervieweurs s'est donnée en deux temps :

5.3.1 Formation en vue de l'énumération

D'une durée de trois jours, autant pour les coordonnatrices de terrain (session donnée à Montréal, les 14, 15 et 16 octobre 1997), que pour les intervieweurs (session donnée en région, dans la période du 19 au 29 octobre 1997), la formation à l'énumération incluait dans les deux cas un exercice pratique d'énumération. C'est le BSQ qui a joué le plus grand rôle dans cette étape de formation en plus d'avoir préparé le guide de formation à l'énumération (Lapointe et Courtemanche, 1997). La première énumération a eu lieu immédiatement après la formation en région, avant la formation à l'enquête proprement dite.

5.3.2 Formation préparatoire à l'enquête

La formation à la collecte comme telle a duré 11 jours et 2 soirs pour les coordonnatrices de terrain à Montréal (du 10 au 21 novembre 1997) et 9 jours et 1 soir pour les intervieweurs en région (du 8 au 17 décembre 1997). Le programme de formation a été élaboré par Santé Québec, en collaboration avec la firme et le BSQ. Le manuel de formation a été préparé par Santé Québec. La formation a été donnée par Mme Johanne Théroux, qui avait été coordonnatrice de terrain à Montréal et responsable des sessions de formation aux nouvelles recrues lors de l'ESS92-93. Les méthodes de formation ont été variées :

? enseignement magistral;

? travaux d'équipe;

- simulation et jeux de rôles;
- travaux pratiques individuels ou de groupe corrigés sur place;
- différents « quiz » écrits (jeux-questionnaires) pour vérifier l'acquisition des connaissances relatives à l'ordinateur;
- animation;
- expérimentation sur le terrain.

Compte tenu de la longueur et de la complexité de la période de formation, la firme avait prévu la formation d'un nombre d'intervieweurs suffisant pour assurer le roulement, advenant des abandons (maladie, etc.) au cours de l'année de collecte. Toutefois, il a fallu donner des formations supplémentaires en cours d'année; huit sessions de 5 jours se sont données à Montréal, par une même coordonnatrice de terrain, en l'occurrence celle de Montréal. Dans ces cas, on exigeait que les candidats soient déjà familiers avec l'ordinateur.

5.4 Énumération des logements

Préalablement à chacune des quatre périodes de collecte, la liste des adresses de tous les logements privés qui se trouvaient à l'intérieur des unités primaires d'échantillonnage (UPE) sélectionnées par le BSQ devait être établie par les intervieweurs, à l'aide de cartes ou de schémas qui en définissaient les limites (Lapointe et Courtemanche, 1997). Ce travail de recensement devait s'effectuer sur le terrain, quelques semaines avant chaque vague, afin de laisser assez de temps pour vérifier et valider l'énumération, pour reprendre l'énumération lorsque celle-ci ne correspondait pas au standard de qualité attendu, et pour sélectionner les ménages de l'échantillon. Pour éviter de procéder à l'énumération en plein hiver, les deux premières énumérations ont été devancées : celle de la vague 1 s'est tenue du 21 octobre au 7 novembre 1997, celle de la vague 2, du 1er au 7 décembre 1997, heureuse décision, étant donné les difficultés survenues lors de la tempête de verglas...

Lors de l'énumération, les intervieweurs avaient en main le schéma de l'UPE à couvrir sur lequel les coordonnatrices avaient préalablement tracé le chemin et le sens du parcours. Les intervieweurs dressaient la liste des logements privés sur une feuille préidentifiée du numéro de l'UPE en inscrivant l'adresse; lorsque celle-ci n'était pas visible, on donnait une description du logement. Les listes d'énumération étaient d'abord vérifiées par la coordonnatrice, au fur et à mesure, puis acheminées au BSQ qui en faisait la contre-vérification. Les erreurs ou les énumérations douteuses étaient corrigées sur le terrain, puis les listes retournées au BSQ. La firme avait mis au point un système de valorisation de la qualité des listes d'énumération de sorte que d'une vague à l'autre, les erreurs se sont faites plus rares.

Au moment de l'énumération, les intervieweurs n'avaient pas à s'assurer que les logements énumérés abritaient des personnes visées par l'enquête. Les seules habitations qui ne devaient pas être énumérées étaient les logements collectifs et les commerces.

5.5 Lancement de l'enquête et campagne d'information

Le lancement officiel a eu lieu le 7 janvier 1998, en présence de Mme Christine Colin, sous-ministre à la Direction générale de la Santé publique du MSSS, de M. Daniel Tremblay, directeur de Santé Québec, de Mme Jocelyne Sauvé, présidente du Conseil des directeurs de la santé publique des Régies régionales de la santé et des services sociaux ainsi que de M. Denis Fagnan, représentant du Groupe Léger et Léger inc. Peu

de journalistes se sont présentés à la conférence de presse : depuis la veille, le Québec connaissait la pire tempête de verglas de son histoire et presque tous les journalistes étaient affectés à la couverture de ses effets dramatiques. En conséquence, la couverture médiatique du lancement de l'enquête s'est avérée fort mince.

Il avait aussi été convenu avec la Direction des communications du MSSS, les responsables des communications des Régies régionales et la firme de sondage, qu'en plus d'un lancement officiel de l'enquête au siège social de Santé Québec à Montréal, pour la presse nationale, il fallait tenir des conférences de presse dans les régions et, au besoin, en tenir plus d'une par région lorsque les distances ou d'autres raisons le justifiaient. L'objectif de cette campagne d'information était de faire connaître l'enquête pour inciter les gens à accepter de recevoir l'intervieweur à leur domicile et de répondre à ses questions.

Mme Janne Lavallière, alors agente de communication du MSSS, avait été chargée d'organiser ces conférences et servait de lien entre Santé Québec et le Groupe Léger et Léger inc. d'une part et les régies régionales d'autre part. Les agents de communication des Régies préparaient les conférences de presse et émettaient les communiqués. Les conférences se faisaient sous l'égide d'un représentant officiel de la régie régionale (le directeur général de la régie ou le directeur de la santé publique) qu'accompagnaient le directeur de Santé Québec (Daniel Tremblay) et le directeur du projet chez Léger et Léger (Denis Fagnan), manifestant par là un appui important à l'enquête. Encore là, la tempête de verglas a eu des répercussions tant sur le nombre de conférences de presse que sur leur calendrier (tableau 5.1).

Tableau 5.1
Calendrier des conférences de presse régionales tenues lors du lancement de l'*Enquête sociale et de santé 1998*

Région	Date et lieu
Nord-du-Québec	19 janvier, à Chibougamau[1]
Lanaudière	21 janvier, à Charlemagne et à Joliette
Bas-Saint-Laurent	27 janvier, à Rimouski
Gaspésie–Îles-de-la Madeleine	28 janvier, à Gaspé
Abitibi-Témiscamingue	30 janvier, à Rouyn-Noranda
Estrie	10 février, à Sherbrooke
Mauricie–Centre-du-Québec	17 février, à Trois-Rivières et à Drummondville
Montérégie	14 avril, à Longueuil
Outaouais	12 mai, à Hull

1. Conférence de presse tenue sans la participation des représentants de Santé Québec et du Groupe Léger et Léger inc., mais préparée en collaboration.

Malgré l'absence de conférences de presse, certaines régions ont couvert l'événement. De l'avis des intervieweurs, la couverture médiatique par la presse locale a facilité leur travail.

Parallèlement à cette campagne de lancement, une affiche créée par Mme Louise Méthé de Toise Design, a été produite par la Direction des communications du MSSS et distribuée par l'entremise des agents de communication des régies régionales.

En 1992-1993, quelques régies régionales avaient tenu à ce qu'une lettre de remerciement soit remise en leur nom aux ménages qui avaient participé à l'enquête; ce ne fut pas le cas en 1998, mais on pourrait penser à donner plus de place aux régies lors de la collecte des données pour que les ménages puissent identifier

« leur » régie. Il faudrait aussi trouver de nouveaux moyens pour promouvoir l'enquête dans les régions où il est plus difficile pour les intervieweurs d'atteindre les taux de réponse exigés (à Montréal particulièrement).

5.6 Déroulement de la collecte des données

Cette section porte sur la séquence des opérations effectuées pour recueillir les données à partir du 5 janvier 1998, et ce, tant pour l'ESS que pour l'EQLA, étant donné l'imbrication des processus de ces deux enquêtes au domicile des répondants, comme on l'a mentionné plus haut.

Une fois les listes d'énumération des logements validées, le BSQ identifiait aléatoirement les ménages de l'échantillon de la vague en les pointant sur les listes d'énumération manuscrites. Les coordonnées des logements attribués à chaque intervieweur étaient aussi enregistrées dans leur ordinateur.

L'intervieweur se rendait à l'adresse indiquée, se présentait en montrant sa carte d'identité et remettait la lettre d'information sur l'enquête. Pour l'entrevue sur le ménage (QRI), il demandait à une personne adulte habitant le logement, connaissant bien les autres membres du ménage (c'est le répondant du ménage ou répondant principal), et capable de parler le français ou l'anglais, de répondre à des questions sur leur état de santé, sur leur consommation de soins et de médicaments et sur leurs caractéristiques sociodémographiques. L'intervieweur devait d'abord s'assurer que le répondant du ménage était âgé d'au moins 18 ans. Ceci fait, il pouvait commencer l'entrevue à l'aide de l'ordinateur portable.

Après avoir sélectionné ce ménage à l'écran, parmi la liste des ménages de son UPE, l'intervieweur posait les questions de la section d'identification du ménage. (Voir le module 4 du manuel de l'intervieweur pour la façon de procéder).

Une fois la section d'identification du ménage terminée, et avant de poursuivre le QRI, une courte pause permettait d'identifier, avec le répondant principal, qui, parmi les membres du ménage âgés de 15 ans et plus, était actuellement présent à la maison et qui aurait besoin de l'aide de l'intervieweur pour remplir le questionnaire écrit (le QAA), en français ou en anglais. L'intervieweur demandait également si ces personnes seraient capables de répondre à un questionnaire lu par un intervieweur (pour les besoins des questionnaires de sélection et de suivi de l'EQLA).

? Si quelqu'un d'autre que le répondant principal était présent et capable de remplir le QAA sans aide, l'intervieweur remettait à cette personne un QAA en lui donnant les explications requises pour qu'elle puisse le remplir pendant la poursuite de l'entrevue avec le répondant du ménage pour le QRI.

? Si quelqu'un d'autre que le répondant principal était présent, mais avait besoin d'aide pour remplir le QAA, l'intervieweur était disposé à aider cette personne après l'entrevue pour le QRI, pendant que le répondant du ménage remplirait son propre QAA.

? Pour les personnes absentes, mais capables de répondre au QAA, l'intervieweur remettait le nombre d'exemplaires nécessaires au répondant du ménage qui devait se charger de les transmettre.

L'entrevue du QRI se poursuivait avec le répondant principal jusqu'à la fin de la section sur l'environnement physique (section XV).

Apparaissait alors à l'écran le prénom des personnes pour qui le répondant principal devait répondre aux questions de sélection pour l'EQLA (section XVI) : le répondant du ménage, pour lui-même et pour les enfants de moins de 15 ans et, exceptionnellement, pour des personnes de 15 ans et plus incapables de répondre elles-mêmes.

Une fois la section de sélection de l'EQLA répondue, une question permettait d'enregistrer le prénom des membres du ménage qui auraient de la difficulté à répondre à une entrevue au téléphone. (Le questionnaire de suivi de l'EQLA pouvait aussi se faire au téléphone, à partir d'une équipe d'intervieweurs du central téléphonique de Montréal.)

Enfin, l'écran présentait le portrait de la situation de la collecte dans ce ménage : prénom et âge des membres du ménage, QAA remis, refusé(s) ou à remplir, et s'il y avait lieu, mode d'entrevue recommandé pour l'EQLA (face à face ou téléphonique) selon les caractéristiques des répondants.

Le répondant du ménage était alors prié de remplir son QAA.

Pendant ce temps, l'intervieweur poursuivait le travail avec les autres personnes présentes dans le ménage sur lesquelles il avait recueilli de l'information plus tôt : soit en aidant les personnes requérant de l'aide pour remplir leur QAA, soit en posant les questions de sélection de l'EQLA aux personnes de 15 ans et plus capables d'y répondre elles-mêmes. Lorsque le choix se présentait, l'intervieweur voyait en premier les personnes dont la condition nécessitait une entrevue face à face (entrevues pour l'EQLA qui n'auraient pu être menées au téléphone); dans ce cas, le répondant n'avait pas à remplir son QAA avant de répondre aux questions de sélection. Toutefois, si les résultats du questionnaire de sélection indiquaient qu'un questionnaire de suivi était nécessaire, l'intervieweur ne poursuivait l'entrevue de l'EQLA qu'une fois le QAA du répondant rempli et remis sous enveloppe scellée.

Note Lorsqu'une personne avait été sélectionnée pour le suivi de l'EQLA, mais qu'elle refusait catégoriquement et définitivement de remplir le QAA, l'intervieweur était autorisé à lui demander de répondre au questionnaire de suivi. C'était le seul cas où Santé Québec acceptait qu'une entrevue de suivi de l'EQLA soit menée avec un répondant qui n'aurait pas rempli et remis son QAA, l'enquête accordant la priorité aux questionnaires de l'ESS (le QRI, obligatoire et prérequis absolu à la poursuite de la collecte des données, puis le QAA).

? Dans les cas où l'intervieweur n'avait pas terminé le travail dans ce ménage, faute de temps, à cause de la fatigue des répondants, ou du fait qu'une personne alors absente présentait des caractéristiques nécessitant une entrevue en face-à-face pour l'EQLA, ou qu'elle nécessitait de l'aide pour remplir le QAA, il prenait rendez-vous pour le lendemain ou pour les jours prochains en s'assurant que les QAA qui n'avaient pas été remplis le seraient lors de sa prochaine visite.

? Dans le cas où la personne n'avait pas été sélectionnée pour le suivi de l'EQLA, mais où son QAA n'avait pu être rempli lors de la première visite, un rendez-vous était pris dans les 3 ou 5 jours suivants pour le recueillir. Exceptionnellement, ces QAA pouvaient être retournés par la poste au bureau du Groupe Léger et Léger inc.

En résumé, on procédait selon l'ordre suivant :

? Avec le répondant du ménage :

1. QRI
2. Questions de sélection pour l'EQLA
3. QAA
4. Au besoin, questionnaire de suivi de l'EQLA (peu importe que le répondant du ménage

réponde pour lui-même, pour les enfants ou pour les personnes incapables de répondre elles-mêmes)

? Avec les autres personnes de 15 ans et plus présentes lors de l'entrevue pour le QRI et capables de répondre pour elles-mêmes :

1. QAA
2. Questions de sélection pour l'EQLA
3. Au besoin, questionnaire de suivi de l'EQLA

ou

1. Questions de sélection pour l'EQLA
2. QAA
3. Au besoin, questionnaire de suivi de l'EQLA

? Avec les autres personnes de 15 ans et plus absentes du ménage lors de l'entrevue pour le QRI et capables de répondre pour elles-mêmes à l'EQLA. À moins que leur condition n'exige une entrevue en face à face, le volet EQLA (sélection et suivi) pouvait aussi être réalisé au central téléphonique :

1. QAA
2. Questions de sélection pour l'EQLA
3. Au besoin, questionnaire de suivi de l'EQLA

ou

1. Questions de sélection pour l'EQLA
2. QAA
3. Au besoin, questionnaire de suivi de l'EQLA

Le rôle de l'intervieweur de terrain se terminait une fois qu'il avait réalisé toutes les entrevues nécessaires avec le répondant principal et les autres membres du ménage, et lorsque les QAA lui avaient été remis. Un montant de 15 $ était remis au répondant principal des ménages participants.

Cependant, l'enquête n'était pas terminée puisqu'une partie des répondants étaient appelés au téléphone pour répondre soit aux questionnaires de l'EQLA, soit à ceux des deux derniers volets de l'enquête, la résolution des conflits conjugaux (des femmes de 18 ans et plus uniquement) et l'activité physique (des personnes des deux sexes de 15 ans et plus), incluant un indice synthétique sur la santé. Notons que pour la sécurité des répondantes, pour éviter que les intervieweurs fassent allusion à une enquête sur la violence conjugale de façon inopportune, on avait jugé nécessaire d'éviter de leur parler de l'*Enquête sur la résolution des conflits conjugaux* lors des sessions de formation régionales.

Pour ce qui est de l'EQLA, on savait déjà qui serait appelé au téléphone, puisque les coordonnées de ces personnes étaient transmises par modem au serveur du Groupe Léger et Léger inc. qui les mettait à la disposition du central téléphonique (information recueillie lors de l'entrevue face à face pour le QRI). Ces personnes étaient avisées qu'un autre intervieweur du Groupe Léger et Léger inc. les appellerait pour l'entrevue sur les limitations d'activité.

Par contre, étant donné que l'intervieweur ne savait pas qui serait appelé pour d'autres aspects de l'enquête, il lui fallait donc, à la fin de la visite dans le ménage, informer le répondant principal et les autres membres du ménage présents (et demander au répondant principal d'informer les personnes absentes) qu'ils étaient susceptibles de recevoir un appel téléphonique pour répondre à un autre questionnaire relié à l'enquête ou encore pour qu'on vérifie la qualité de son travail. On lui avait donné la consigne de ne pas préciser le sujet de cet autre questionnaire (activité physique et indice synthétique sur la santé), ce travail étant laissé aux intervieweurs du central téléphonique. Par ailleurs, un questionnaire téléphonique additionnel, posé à tous les répondants principaux des ménages, est venu s'ajouter pour tenter de mesurer les effets de la tempête de verglas sur les résultats de l'ESS98; ces entrevues ont été réalisées de février à décembre 1998.

Des modalités d'administration particulières guidaient les entrevues téléphoniques des enquêtes complémentaires. Le lecteur intéressé à en savoir davantage pourra consulter le chapitre sur les méthodes des rapports de ces enquêtes : *Enquête québécoise sur les limitations d'activité* (EQLA; Camirand et autres, à paraître); *Enquête sur la résolution des conflits conjugaux* (Riou et autres, à paraître); *Enquête sur l'activité physique et la santé* (Nolin et autres, à paraître). Pour l'*Étude de l'impact de la tempête de verglas sur les résultats de l'ESS98,* voir Baulne 1999 ainsi que la section sur le sujet du présent cahier.

Rappelons que le contrat liant Santé Québec et la maison de sondage exigeait, pour le QRI et le QAA, un taux de réponse minimum de 85 % pour l'ensemble du Québec, de 75 % pour chaque région et de 50 % pour chaque UPE. Ces taux de réponse attendus devaient être atteints globalement et non par vague. Afin d'assurer un taux de réponse élevé, les intervieweurs devaient faire un minimum de six visites aux logements échantillonnés à des heures différentes de la journée (y compris le soir) et à des jours différents (y compris la fin de semaine) avant d'abandonner un ménage. Santé Québec a pris connaissance des registres de visites et des descriptions complètes des intervieweurs sur le QRI afin de vérifier, conjointement avec le BSQ, la justesse des codes de non-admissibilité ou de non-réponse attribués aux ménages non répondants.

Afin d'atteindre les taux de réponse exigés, la firme a développé diverses stratégies dont :

? Embauche de deux coordonnatrices pour couvrir l'île de Montréal, l'une pour l'est, l'autre pour l'ouest. Par contre, à la suite du départ de l'une d'entre elles, en début de collecte, l'autre s'est vue confier l'ensemble de la région, ce qui ne s'est pas avéré une bonne décision, d'autant plus que cette personne coordonnait aussi une autre région. L'île de Montréal nécessite d'être coordonnée par deux personnes;

? primes de motivation pour les énumérations sans erreurs et pour l'obtention des questionnaires QAA et primes pour la qualité du travail des intervieweurs et des coordonnatrices régionales;

? rencontres trimestrielles avec les coordonnatrices pour les motiver et leur indiquer les corrections à apporter;

? formation spéciale pour la collecte dans les milieux urbains;

- identification des intervieweurs les plus aptes à « récupérer » les refus;
- prise de notes par les intervieweurs sur les caractéristiques susceptibles d'aider la personne chargée de récupérer les entrevues;
- périodes de récupération à la fin de chaque vague;
- blitz de récupération des QAA lors de la dernière vague de collecte et en janvier 1999 pour les deux régions de Montréal, de même que pour les régions de Québec, du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie.

6. Traitement des données

L'informatisation du QRI a eu pour effet de simplifier l'étape de la vérification, de la codification et de la saisie, et d'en raccourcir la durée; en 1993, les réponses aux questions fermées du QRI devaient être codées manuellement dans la marge des questionnaires papier, travail qui fut épargné à l'équipe des codeurs de l'ESS98, les réponses à ces questions étant automatiquement enregistrées au moment de l'entrevue. L'intégration des codes valides et des sauts de questions au questionnaire informatisé, effectuée par la firme INFO-01 à partir des indications de Santé Québec, a aussi facilité la vérification des questionnaires. Rappelons toutefois que les problèmes relatifs à la gestion informatique du QRI et des transferts de ménages entre intervieweurs n'ont pas facilité le suivi des dossiers complétés ni celui de leur contenu, non plus que la supervision du travail des intervieweurs : de nombreux ajustements ont dû être effectués dans la période de rodage des premières semaines de la collecte, et même plus tard dans le processus. La constitution des fichiers ne s'est pas non plus déroulée sans problèmes. Pour plus de détails sur les opérations menées par la firme, voir le rapport du Groupe Léger et Léger inc. (Fagnan et autres, 1999)

6.1 Vérification et contrôle de la qualité

Lors de la réception des données transmises par modem, la première opération de la firme consistait à vérifier l'adresse du ménage où s'était déroulée l'entrevue et à s'assurer que celle-ci correspondait bien à celle du numéro de dossier de la liste des logements. Si ce n'était pas le cas, l'entrevue était annulée et l'intervieweur devait reprendre l'entrevue à la bonne adresse. La vérification de logique, c'est-à-dire la vérification de la concordance entre certaines réponses pour l'ensemble des instruments d'un même ménage, portait sur les éléments suivants : numéro de dossier (ménage), numéro d'individu, langue, numéro d'intervieweur, date du dernier résultat, nombre de personnes de 15 ans et plus, nombre de QAA attendus (susceptibles d'être reçus), prénom, date de naissance, âge, sexe, état matrimonial, scolarité, revenu, présence d'enfants dans le ménage, emploi. Ces vérifications se faisaient sur les dossiers complets, ceux pour lesquels tous les QAA attendus avaient été effectivement reçus (ceci excluant les cas de refus définitif, de langue autre que le français ou l'anglais, d'absence prolongée ou d'incapacité). Lorsque des données présentaient des ambiguïtés, l'intervieweur, la coordonnatrice ou même le ménage étaient contactés.

En plus de ces contacts avec le terrain pour corriger ou compléter une information, la firme effectuait un contrôle de la qualité du travail des intervieweurs en vérifiant 10 % de leurs entrevues de QRI. Cette tâche était effectuée à chaque vague par deux intervieweurs d'expérience du central téléphonique à l'aide d'un questionnaire comprenant une vingtaine de questions déterminées par Santé Québec, questionnaire semblable à celui utilisé en 1992-1993, et incluant des questions permettant de vérifier aussi la section de sélection de l'EQLA (annexe 5). Ce contrôle du travail de terrain visait à vérifier la cohérence entre les réponses

enregistrées lors de l'entrevue à domicile et celle de l'entrevue de contrôle et à s'assurer que les entrevues s'étaient déroulées selon le protocole (QRI bel et bien rempli avec le répondant du ménage, QAA remis à chaque personne de 15 ans et plus, prime de participation remise). Si la vérification révélait des anomalies, la firme vérifiait d'autres entrevues de l'intervieweur. À ces QRI choisis de façon aléatoire, se sont ajoutés, lors des entrevues de vérification, d'autres QRI qui présentaient des problèmes de codification. Les réponses données lors de l'entrevue dans le ménage et celles données lors de l'entrevue téléphonique de contrôle étaient essentiellement les mêmes : les écarts s'expliquaient en général par un changement de situation depuis l'entrevue au domicile, un oubli du répondant ou encore une erreur d'inscription de la part de l'intervieweur. Pour améliorer le travail des intervieweurs, le relevé de leurs propres erreurs leur était acheminé régulièrement ainsi que celui des erreurs les plus fréquentes de leurs collègues.

Rappelons que les QAA n'ont fait l'objet d'aucune vérification auprès des répondants, l'information contenue dans ces questionnaires étant confidentielle.

6.2 Codification et saisie des données

Puisque l'informatisation du QRI n'offrait que des codes valides à chaque question, seules les questions ouvertes nécessitaient d'être codées. En plus des codeurs de l'équipe régulière de la firme auxquels on avait confié la codification des professions et des entreprises, des spécialistes ont été recrutés pour coder les médicaments (pharmacienne) et les problèmes de santé (archiviste médicale). La codification de ces questions requéraient l'emploi de livres de codes spécialisés : la classification type des professions (Statistique Canada, 1981), la classification type des industries (Statistique Canada, 1980), la Base de données sur les produits pharmaceutiques (Gouvernement du Canada, site de la BDPP) et la classification internationale des maladies (9e révision), traumatismes et causes de décès (OMS, 1977).

Les autres questions ouvertes ont dû être codées sans qu'on puisse faire appel à des listes provenant de classifications reconnues. Toutefois, pour certaines de ces questions, Santé Québec a établi une liste de codes et les libellés correspondants qu'on a intégrés au logiciel pour faciliter le travail de l'intervieweur (ex. professionnels de la santé). Si ces choix ne convenaient pas à l'intervieweur, il pouvait en tout temps inscrire une réponse dans la catégorie «autres » de cette même liste. Dans ce cas, et pour les autres questions ouvertes sans liste de codes préétablie, une fenêtre s'ouvrait à l'écran dans laquelle l'intervieweur devait inscrire une réponse en mots précis et concis. Toutes les réponses inscrites dans ces fenêtres étaient examinées à la pièce par le responsable de la codification de la firme de sondage (Charles Maranda) et reclassées parmi les catégories existantes; si la fréquence de la réponse était suffisamment grande, une nouvelle catégorie s'ajoutait à la liste. Ces reclassements ou ces modifications aux listes de réponses se faisaient conjointement avec Santé Québec qui, au besoin, consultait les chercheurs responsables de l'analyse de ces réponses. Cette même procédure a été suivie pour les questions ouvertes du QAA.

Puisque le logiciel du QRI ne permettait pas de revenir aux questions des sections précédentes, les touches F5 et F6 ont été abondamment utilisées par les intervieweurs pour ajouter de l'information supplémentaire fournie en cours d'entrevue par les répondants ainsi que leurs propres commentaires. Ces notes ont servi à clarifier ou à corriger l'information enregistrée dans le QRI.

La codification des problèmes de santé a posé des difficultés particulières, le logiciel empêchant l'archiviste médicale d'avoir accès à l'ensemble des problèmes de santé et à toute l'information donnée par les répondants pour un même problème. De plus, la section IX du QRI – Questions sur les problèmes de santé déclarés – était codée séparément du reste du questionnaire et souvent par un codeur différent, ce qui a amené des incohérences entre cette section et celles où les problèmes avaient été déclarés (pour information

complémentaire, voir la partie III, section 3.8). Les directives aux codeurs n'étaient pas assez précises et manquaient d'uniformité.

La codification du QAA était faite, en cours d'enquête, par des codeurs de la firme. Autant pour le QRI que pour le QAA, les cas problèmes étaient soumis aux responsables de la firme et de Santé Québec et des appels téléphoniques aux répondants des ménages étaient faits si nécessaire.

Les QAA étaient ensuite acheminés au fur et à mesure à l'équipe de saisie. Celle-ci procédait à la double saisie des données (un deuxième enregistrement des réponses [codes] par une personne différente).

6.3 Validation des données

Le fichier de données de l'ESS98 contient un nombre important d'enregistrements et de variables. La qualité du contenu de ce fichier est assurée par un processus de contrôle de la qualité à tous les niveaux de l'enquête ainsi qu'une validation complète des données obtenues.

Étant donné l'informatisation du QRI lors de l'enquête de 1998, bon nombre de validations ont été intégrées au logiciel dès sa conception. Par ailleurs, des validations supplémentaires ont aussi été effectuées par la firme de sondage.

Le Groupe Léger et Léger inc. a en effet procédé à plusieurs validations avant même de rassembler les résultats sur fichier informatique destiné à Santé Québec. Celles-ci ont été faites principalement lors de l'entrevue, de la saisie, de la codification et du rappel téléphonique. Quelques vérifications supplémentaires se sont ajoutées lors de la transformation du fichier provenant du logiciel de saisie en un fichier de données facilement exploitable, indépendamment du système ou de l'appareil informatique.

À la fin de chaque vague de collecte, la firme de sondage remettait un fichier de données à Santé Québec qui pouvait alors effectuer une vérification du fichier et améliorer le processus de validation pour l'étape suivante. À cette fin, Santé Québec a développé ses propres programmes informatiques de validation, créés spécialement pour l'enquête. Ces programmes permettaient de vérifier, entre autres, les validations déjà appliquées par la firme.

6.3.1 Description des types de validation

Il existe différents types de validation pour assurer la qualité des données d'une enquête. Les validations de base visent les aspects fondamentaux d'une collecte de données d'enquête (codes valides, respect des filtres, etc.), alors que les validations de logique requièrent un examen plus attentif du contenu des questionnaires.

Par validations de base, on entend par exemple celles portant sur les éléments suivants :

A. Données administratives :

- codes de non-réponse présents et valides pour les ménages ou les individus non répondants;
- nombre adéquat de questionnaires remplis considérant le nombre d'individus dans le ménage;
- date de l'entrevue conforme à la vague de collecte;
- numéro de dossier unique pour chaque répondant;

B. Admissibilité du répondant :

- questionnaire QAA rempli par une personne de 15 ans ou plus;
- section réservée aux femmes remplie par un répondant de sexe féminin;

C. Validité des codes :

- réponse correspondant à l'un des choix suggérés;
- réponse pertinente compte tenu des seuils minimum et maximum attendus, surtout pour les questions à réponse ouverte, ex. «Quel est votre poids?»;
- respect des filtres, c'est-à-dire question ou section omise compte tenu d'une réponse à une question précédente;

D. Congruence inter-questionnaires :

- âge et sexe concordant pour un même numéro de dossier.

Quant aux validations de logique, elles s'intéressent plutôt à la cohérence entre les renseignements contenus dans le fichier, provenant du même questionnaire ou d'un autre instrument.

Le tableau 6.1 présente la liste détaillée des validations de contenu effectuées par Santé Québec. À cause de leur simplicité ou de leur caractère répétitif, la plupart des validations de base ne sont pas présentées.

Tableau 6.1

Liste des validations de la banque de données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*

Validation de chaque instrument			
Instrument/Section	**Question, Variable**	**Description**	**Validation**
QRI			
Section d'identification		Numéro d'identification du dossier	Unique
	PRINC, PAREN, MERE, PERE, COUPL, CONJO	Variables de lien entre les individus du même ménage	Validation selon l'âge et le sexe Validation de ces variables entre elles
	SITUA	Situation de l'organisation familiale	Variable utilisée pour la validation du type de ménage créé à partir des variables de lien
Section I	1, 2, 3 et 4	Nombre de journées d'incapacité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	La réponse à chaque question doit être entre 0 et 14 La question 4 doit être le total des questions 1, 2 et 3
Section II	7, 9, 10, 11	Limitations d'activité	Répondants âgés de 6 ans et plus
	8	Limitations d'activité	Répondants âgés de moins de 6 ans
Section III	17	Spécialistes consultés	Vérifier les codes utilisés, reclasser dans une des autres catégories, si ce n'est pas un médecin spécialiste
	16e et 16f, 17e et 17f	Distance et temps requis pour rencontrer le médecin	Vérifier les valeurs extrêmes Vérifier la cohérence entre le temps requis et la distance parcourue
	25 et 27	Précisions sur les professionnels consultés	Vérifier les codes utilisés, reclasser dans une des autres catégories au besoin
	29	Autre professionnel consulté	Cette question est complétée si le professionnel consulté ne peut être classé dans aucune des 11 catégories déjà mentionnées. Si le répondant déclare deux professionnels qui peuvent être classés dans la même catégorie, et que celle-ci se retrouve parmi les 13 déjà mentionnées, le premier professionnel est inscrit à la catégorie concernée et le deuxième, à la catégorie Autre

Tableau 6.1

Liste des validations de la banque de données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (suite)

Section IV	44	Pilule contraceptive	Réservée aux femmes de 12 ans et plus
	33 à 45 et Med1 à Med20	Type de médicaments et section détaillée	Si le répondant a répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions 33 à 45, le médicament doit être reporté dans la partie détaillée qui suit et vice-versa
Section V	59	Nombre d'accidents avec blessures ayant entraîné des limitations d'activités et/ou une consultation chez un médecin	Le nombre d'accidents doit être différent de 0 si le répondant a répondu OUI à la question 49 ou 50, et doit être manquant autrement
Section IX	Psa1 à psa18	Section détaillée des problèmes de santé	Tous les problèmes de santé mentionnés dans le questionnaire doivent être rapportés à cette section et vice-versa
Section XIV	158	Année d'établissement au Canada	Doit être postérieur à l'année de naissance
	159 à 171	Occupation B emploi	Réservées aux répondants de 15 ans et plus
	165 à 171	Emploi	Réservés aux répondants avec Q161=1
	164	Nombre de jours, semaines, mois de travail durant l'année ayant précédé l'enquête	Doit être inférieur ou égal à 1 an
QAA			
Section I	2, 3 et 5	Variables de poids et taille	Les valeurs extrêmes étaient examinées à la pièce
Section V	22	Âge d'initiation à la cigarette	Doit être inférieur ou égal à l'âge actuel
	26	Âge d'initiation à la cigarette	Doit être inférieur ou égal à l'âge actuel
	27	Âge où on a cessé de fumer	Doit être inférieur ou égal à l'âge actuel
Section VI	35	Âge auquel le répondant a cessé de boire	Doit être inférieur ou égal à l'âge actuel

Tableau 6.1

Liste des validations de la banque de données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (suite)

	37 et 38	Cinq ou huit consommations ou plus en une seule occasion	Priorité à Q38. Si la quantité fournie à Q37 est inférieure à Q38, on donne la valeur de Q38 à Q37
	36 et 41	Fréquence et nombre de consommations par semaine	Priorité à Q36. Corriger la question 41 lorsque c'est possible de le faire selon les fréquences à la question 36
Section VII	47	Autres drogues	Si la drogue mentionnée est parmi les choix de réponse des questions 45a à 45e ou 46, la réponse est reclassée au bon endroit, sauf s'il s'agit d'une deuxième mention. Certaines réponses ont été éliminées, il y a eu mauvaise interprétation de la question.
Section XVI	206	Âge de la première relation sexuelle	Doit être inférieur ou égal à l'âge actuel
Section XVII	226	Plus haut niveau de scolarité	Vérifier selon l'âge

	Validations inter-instruments	
QRI Section d'identification/ QAA 222 (date de naissance)	Âge du répondant	Vérifier la concordance. On donne la priorité au QAA.
QRI Section d'identification/ QAA 221 (sexe)	Sexe du répondant	Vérifier la concordance. On donne la priorité au QAA.

NOTE : Les vérifications effectuées pour s'assurer de la cohérence entre les réponses d'un même instrument ou entre les instruments ont permis de déceler certains cas qui n'ont pu être corrigés, faute d'information permettant de donner priorité à l'une des réponses. En conséquence, certaines incohérences subsistent dans les réponses données aux questions suivantes :

QRI Questions sur les accidents avec blessures :

Comparaison du *nombre de lieux d'accidents* déclarés (QRI51 à QRI58) au *nombre d'accidents* déclarés (QRI59)

QAA Questions sur la consommation d'alcool :

Croisements de QAA39 avec QAA37 et QAA38

Croisements de QAA43 avec QAA37, QAA38 et QAA39

Croisements de QAA40 et QAA41

Croisements de QAA42 et QAA43

Questions sur le temps écoulé depuis le divorce ou la séparation de l'autre parent de l'un de ses enfants de moins de 18 ans :

QAA174 et nombre d'années à QAA175

QRI vs QAA Composition du ménage :

Section d'identification du QRI, QAA159 et QAA161

Section d'dentification du QRI, QAA171, QAA173, QAA181 et QAA182

6.3.2 Processus de correction des erreurs

Santé Québec a examiné à la pièce toutes les erreurs détectées par les programmes de validation, conjointement avec les collaborateurs de la firme de sondage. Voici les étapes de correction qui ont été suivies :

A. Chercher l'origine du problème

Cette recherche exigeait un retour au questionnaire pour vérifier si l'erreur résidait dans la réponse comme telle ou s'il s'agissait d'une erreur de codification ou de saisie.

B. Apporter la correction nécessaire, au besoin

? Si le problème provenait de la codification ou de la saisie, la correction était faite automatiquement selon l'information indiquée au questionnaire.

? Si la réponse donnée au questionnaire constituait le problème, il fallait d'abord s'assurer qu'il y avait bien eu erreur à l'aide d'autres renseignements disponibles dans la banque.

? Si un doute persistait, mais qu'il était impossible d'affirmer que la réponse était erronée, aucun changement ne devait être fait, l'information restant alors telle que donnée par le(la) répondant(e).

? S'il était possible d'affirmer que la réponse était erronée (ex. valeurs de poids corporel impossibles), mais qu'aucune autre question ne pouvait suggérer la réponse exacte, une valeur inconnue était alors accordée.

Santé Québec était responsable de toute décision portant sur des situations ambiguës. La firme s'était engagée à faire toutes les corrections indiquées par Santé Québec et à fournir immédiatement un fichier corrigé pour vérification des corrections par Santé Québec.

C. Mise à jour du fichier

Une fois les erreurs décelées, Santé Québec dressait une liste des validations à ajouter ou à changer dans les programmes de validation ou lors des procédures de la firme de sondage (si la collecte n'était pas terminée) pour éviter une répétition des mêmes types d'erreurs.

Durant tout le processus de l'enquête, aucune modification n'a été faite sur le fichier de Santé Québec pour éviter qu'il puisse exister différentes versions du fichier de données. Peu importait la nature de la correction, le

fichier était toujours retourné à la firme de sondage, il n'y avait donc qu'une seule version corrigée, mise à jour et en circulation.

À la fin de l'enquête, une validation complète de l'ensemble des données a été répétée et le fichier a été corrigé aussi longtemps que les programmes de validation ont décelé des erreurs.

D. Raffinement de la validation lors de l'analyse

Certaines erreurs peuvent échapper à la validation et être plutôt décelées à l'étape de l'analyse des données. Quand tel a été le cas, Santé Québec s'est assuré d'apporter les changements nécessaires à tous les indices ou variables touchés par ces corrections. Évidemment, la banque de données subissait alors de légères modifications.

7. Analyse des résultats

L'analyse des résultats de l'enquête a été réalisée en plusieurs étapes parallèles ou consécutives, soit la préparation de l'analyse, l'analyse proprement dite, les activités de formation et le processus d'échanges continuels entre Santé Québec, le Bureau de la statistique du Québec et les groupes d'analyse (calendrier de l'analyse et de la rédaction des chapitres à l'annexe 6).

L'objectif final de l'analyse des données était la production d'un rapport général descriptif présentant les fréquences ou les prévalences des indicateurs et des croisements bivariés des variables. Chaque chapitre du rapport a été conçu et rédigé par un groupe d'analyse, encadré par Santé Québec et par la Direction de la méthodologie du BSQ.

7.1 Élaboration des plans d'analyse

La préparation à l'analyse s'est faite avant et pendant la collecte. Constitués au départ pour proposer les questions et les échelles de mesure de l'enquête, les groupes de travail déjà en place (composés d'experts de tout le réseau et du ministère de la Santé et des Services sociaux, des milieux universitaires et d'autres organismes) ont accepté de collaborer aux étapes suivantes de l'enquêtes, soit l'analyse des résultats et la rédaction des chapitres. Ce choix allait de soi, ces collaborateurs ayant déjà une connaissance du thème, de même que des possibilités et des limites de l'analyse. Certains groupes de travail ont été subdivisés pour avoir autant de groupes d'analyse qu'il y aurait de chapitres à rédiger dans le rapport; un membre de chacun des groupes agissait à titre de responsable et de répondant pour son groupe. Pas moins de 80 personnes ont été membres de l'un ou l'autre des vingt-huit groupes formés pour l'analyse des thèmes particuliers de l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

Chaque groupe a d'abord produit un plan d'analyse (document explicatif à l'annexe 6). Ce plan devait résumer l'état des connaissances sur le thème, présenter les objectifs et hypothèses de travail et définir les variables, indices et croisements nécessaires à l'analyse. Conséquemment à l'adoption du modèle d'analyse systémique, Santé Québec a aboli la règle appliquée aux deux enquêtes antérieures demandant aux auteurs de ne traiter que des variables précédant leur propre thème dans le plan adopté pour le rapport, et jamais de celles qui le suivaient. Bien que limités dans le nombre de croisements possibles, les groupes d'analyse avaient ainsi le choix de présenter leurs résultats en fonction des variables secondaires les plus pertinentes.

Le plan d'analyse devait aider à circonscrire les résultats d'un plus grand intérêt, tant pour les chercheurs que pour les planificateurs. Il servait à préciser et à structurer l'analyse, et à planifier l'exploitation des données de

façon à produire rapidement et efficacement les résultats (tableaux et tests statistiques). Santé Québec a produit tous les tableaux requis pour l'analyse afin de garantir la qualité et la cohérence de l'information.

Les plans d'analyse ont été étudiés par l'équipe de Santé Québec. Le Bureau de la statistique et les membres du comité d'orientation de l'enquête ont aussi été mis à contribution pour assurer une cohésion à l'ensemble. Les responsables des différents groupes d'analyse et l'équipe de coordination de Santé Québec communiquaient régulièrement afin de préciser les demandes. À la mi-enquête, donc avec la moitié de l'échantillon des répondants, des tableaux préliminaires ont été produits par Santé Québec à partir des croisements demandés par les groupes, ce qui a permis à ces derniers de raffiner leur plan d'analyse, de le préciser, d'ajouter ou d'enlever des tableaux pour la demande finale.

7.2 Formation à l'analyse

Pour assurer la qualité et l'uniformité de l'analyse, ainsi que des échanges dynamiques, trois sessions de formation ont été offertes en collaboration avec l'équipe de la Direction de la méthodologie. La première s'adressait aux responsables des groupes d'analyse. Les deuxième et troisième sessions ont été suivies par l'ensemble des membres.

? La session avec les responsables s'est tenue le 6 mai 1998 sous la forme d'un atelier de travail préparatoire à l'analyse des données de mi-enquête. Elle a porté sur la préparation des plans d'analyse et sur le contenu du rapport.

? Sur le même thème que la session réservée aux responsables, a suivi, le 16 septembre 1998, une journée préparatoire à l'analyse des données de mi-enquête, qui portait sur l'utilisation des données de la mi-enquête et sur le raffinement des plans d'analyse : journée de marathon, puisque chaque groupe y a présenté son plan d'analyse, ainsi que les différents indicateurs créés qui pouvaient être utiles aux autres groupes. Tous étaient invités à utiliser des mesures synthétiques, c'est-à-dire des indices qui regroupent plusieurs questions.

? Enfin, les 1er et 2 juin 1999, s'est tenue une réunion de travail préparatoire à l'analyse statistique des données (Lapointe et autres, 1999) et à la rédaction des chapitres (Document sur le rapport final et guide d'édition, à l'annexe 6). Du temps était réservé pour le travail en groupe sur les tableaux de fréquence récemment envoyés aux membres.

La participation des membres des groupes d'analyse à ces sessions de formation visait également à ce que ces personnes s'approprient les résultats de l'enquête, et deviennent à la fois des personnes-ressources pour d'autres utilisateurs et des agents multiplicateurs pour l'utilisation optimale des données.

7.3 Analyse statistique

L'analyse des résultats impliquait que ceux qui y travaillent disposent non seulement de données exactes et exemptes d'erreurs de codes, comme il a été mentionné précédemment, mais également de données traitées statistiquement. La DMES[9] assurait les opérations statistiques plus complexes : calcul des effets de plan, pondération des données selon l'âge, le sexe et la région. Lors de la formation, les groupes étaient habilités à effectuer et à interpréter un certain nombre de tests statistiques; à cet effet, un outil informatique a été

9. Cette étape ainsi que les suivantes se sont déroulées après l'intégration de Santé Québec et du Bureau de la statistique du Québec dans l'Institut de la statistique du Québec, le 1er avril 1999. Pour coller à l'histoire de l'enquête, nous utilisons donc dorénavant dans le présent cahier la nouvelle désignation de ces organismes, soit la Direction Santé Québec (DSQ) et la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales (DMES).

développé par la DMES pour faciliter le travail d'estimation des intervalles de confiance et des coefficients de variation. Toutes les statistiques étaient obtenues avec des données pondérées et tenaient compte du plan de sondage et de la non-réponse globale. La partie III de ce document traite du sujet plus en détail.

7.4 Rédaction et révision des chapitres

Le 1er chapitre a été reçu à la DSQ en juillet 1999; le dernier est rentré en mars 2000. Chacun de ces textes passaient par un processus itératif établi par l'équipe de coordination de l'enquête avec le comité de révision (composé de membres du comité d'orientation, du comité scientifique et de nouvelles recrues) et avec l'équipe de la DMES à laquelle l'ESS98 avait été attribuée :

? Une première lecture permettait de vérifier si le chapitre était prêt à être acheminé à des lecteurs externes ou s'il devait d'abord être complété par les auteurs, ce qui, dans ce dernier cas, leur était expliqué à l'aide des commentaires écrits du comité de révision et de l'équipe de la DMES, accompagnés de la grille de lecture utilisée par le comité de révision (annexe 6); une version corrigée du chapitre était alors attendue, relue et envoyée en lecture externe;

? Une fois les commentaires des lecteurs externes reçus, ceux-ci étaient envoyés au responsable du chapitre, accompagnés de ceux du comité de révision et de l'équipe de la DMES, si ça n'avait déjà été fait. La version suivante était revue par le comité de révision, et au besoin, de nouvelles corrections étaient demandées.

Les personnes recrutées à titre de lecteurs externes, deux de préférence par chapitre, avaient été identifiés, comme spécialistes d'un thème particulier, parmi les professionnels et chercheurs du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu universitaire et de groupes de recherche. Elles avaient été préalablement sollicitées par téléphone. Une lettre présentant le rôle attendu des lecteurs externes et les critères de révision accompagnait l'envoi du chapitre, dont on avait retiré le nom des auteurs (annexe 6).

? Parallèlement à ce processus, des vérifications étaient effectuées par l'équipe de traitement des données de la DSQ (utilisation correcte des indices, correction des estimations apparaissant dans les tableaux, vérification des tests significatifs, etc.) et par l'équipe de la DMES (résultats constituant des cas litigieux et demandant des vérifications nécessitant l'utilisation de logiciels spécialisés comme SUDAAN, etc).

? À la fin du processus, la version révisée du chapitre était retournée aux auteurs pour approbation. Ceci fait, le texte approuvé était soumis à une réviseure linguistique. Le produit final a été édité par la DSQ et imprimé avec la collaboration de la Direction des normes et de l'information sous forme d'un rapport général en un seul volume.

8. Publications des résultats et diffusion des données

Le rapport, intitulé *Enquête sociale et de santé 1998*, est paru dans la collection « la santé et le bien-être » des publications de l'ISQ. Les résultats de l'enquête ont été rendus publics le 6 novembre 2000, par M. Yvon Fortin, directeur général de l'Institut de la statistique du Québec, M. Richard Massé, sous-ministre adjoint à la direction générale de la santé publique du MSSS, et Mme Kathleen Weil, présidente de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux. La conférence de presse a été très largement couverte dans les médias et suivie de nombreuses entrevues, particulièrement avec MM. Richard Massé et Daniel Tremblay, directeur de Santé Québec, ainsi qu'avec Carole Daveluy, coordonnateure de

l'enquête et les auteurs de quelques chapitres. Les résultats de chacun des chapitres ont été présentés le lendemain, 7 novembre, au Colloque de l'Institut de la statistique du Québec, organisé dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2000. Soulignons que le rapport et ses annexes sont disponibles sur le site de l'ISQ (Gouvernement du Québec, site de l'Institut de la statistique du Québec).

Des monographies et des cahiers de recherche seront également publiés. Un premier cahier de recherche décrit l'utilisation de mesures de synthèse pour estimer l'ampleur et la variation des écarts de l'état de santé en fonction des groupes socioéconomiques entre 1987 et 1998 (Ferland, à paraître).

La DSQ a également facilité et coordonné la production des rapports régionaux par des chercheurs des Régies régionales. Ces derniers avaient aussi participé à une session de formation, donnée en collaboration avec la DMES.

Une version dénomalisée et légèrement masquée de la banque de données est accessible aux chercheurs pour des fins d'analyse et de recherche, par le biais d'un contrat individuel, ou encore, par entente entre un organisme public et l'ISQ. Ce fichier est également disponible au Centre d'accès aux données de recherche de l'Institut de la statistique du Québec (CADRISQ).

9. Confidentialité des données et des résultats

Les enquêtes sociales et de santé touchent à des sujets très personnels. En vertu de sa loi, l'ISQ est tenu de protéger la confidentialité des renseignements fournis par les répondants. La crédibilité de l'Institut de la statistique du Québec et de ses enquêtes repose d'ailleurs en bonne partie sur le respect de la confidentialité des données.

Certains renseignements permettant d'identifier les personnes interrogées (nom, adresse et numéro de téléphone) sont requis pour faciliter la gestion de l'enquête. De plus, pour obtenir du répondant clé de l'information sur chaque membre du ménage, on lui demande de se référer aux prénoms de ces personnes (Pierre, Lise ou Vladislav) plutôt qu'à des numéros (personne 1, personne 2 ou personne 3); ainsi on simplifie l'entrevue et on réduit le risque d'introduire des erreurs. Ces renseignements servent aussi au contrôle téléphonique de la qualité de la collecte des données : pour vérifier que les répondants sont bien les personnes ciblées et que l'entrevue a bel et bien eu lieu, ou pour un complément d'information. Quant au numéro d'assurance maladie, il est demandé pour un suivi éventuel à l'enquête.

Durant la collecte des données, les renseignements recueillis au QRI circulaient par modem entre le domicile de l'intervieweur et le serveur central de Léger et Léger. Les QAA, remis aux intervieweurs sous enveloppe scellée par les répondants, étaient acheminés par voie postale au bureau central de la firme où ils étaient pris en charge dès leur réception : à l'aide des feuilles d'expédition, on s'assurait d'abord que les envois étaient complets, puis, les questionnaires étaient remis à l'équipe de codification. La saisie se faisait au central téléphonique sur des ordinateurs réservés au projet Santé Québec, branchés sur un serveur consacré à l'enquête. Une fois le travail terminé, les QAA étaient conservés dans un local fermé sous clé. De plus, toutes les mesures étaient prises pour que les questionnaires ne soient accessibles qu'aux personnes autorisées.

Les renseignements nominatifs ont été saisis sur des fichiers séparés du fichier des données, et conservés, comme les questionnaires, dans des endroits sûrs. Rappelons qu'en 1993, des professionnels de la Commission d'accès à l'information (CAI) avaient rencontré la direction de Santé Québec et du Groupe Léger et Léger inc., alors responsable de la collecte pour l'ESS92-93. Les représentants de la CAI avaient aussi fait

une visite des lieux où se déroulaient les activités de traitement des données et s'étaient déclarés satisfaits des mesures de sécurité informationnelle et des règles de confidentialité, également appliquées lors de la présente enquête.

Les personnes ayant travaillé au projet de l'ESS98 ont dû signer une lettre d'entente de confidentialité (annexe 7) : le personnel de la collecte et du traitement des données, et l'équipe de direction du Groupe Léger et Léger inc.; équipes des directions Santé Québec et de la méthodologie affectées à l'enquête; membres des groupes d'analyse.

À la fin de l'exécution des travaux prévus au contrat, le Groupe Léger et Léger inc. a remis à Santé Québec tous les QAA complets ou incomplets. Une lettre de la firme fait foi de la destruction de tous les documents informatiques reliés à l'enquête générale de 1998 (annexe 7). Le seul document officiel faisant état des travaux est le rapport administratif et technique produit par la firme et remis à Santé Québec (Fagnan et autres, 1999).

Une fois reçus à Santé Québec, les QAA ont été classés et déposés chez Archivex jusqu'en janvier 2002, date prévue pour les détruire. Les fichiers nominatifs sont conservés dans un répertoire de données confidentielles encryptées et d'accès limité.

La diffusion des données est une étape cruciale également soumise à des règles strictes. Ainsi, la banque de données de l'ESS98 existe en deux versions :

? Pour les besoins de contrôle de la divulgation des microdonnées, un fichier dénominalisé et masqué de façon minimale a été produit pour une distribution limitée aux fins de l'analyse et de la recherche externe (fichier FARE; DesGroseillers et autres, 2001). Ce fichier est distribué à des personnes ou à des organismes publics dûment identifiés ayant précisé par écrit l'utilisation qu'ils projettent de faire de ces données. Ces utilisateurs signent un contrat ou une entente et s'engagent à ne pas distribuer la banque de données et à respecter les mesures de sécurité exigées.

? Le fichier maître, disponible dans les locaux du CADRISQ, est d'usage limité : il ne peut qu'être consulté sur place et n'est accessible qu'à des utilisateurs dûment autorisés.

Bibliographie

AUDET, N. (1996). *Enquête sociale et de santé 1992-1993 – Cahier technique et méthodologique, volume 2*, Montréal, Santé Québec, 270 p.

AUDET, N. et M. LEMIEUX (2001) *Enquête sociale et de santé 1998 – Cahier technique et méthodologique : définition des principaux indices et regroupements, volume 2*, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 215 p.

AUDET, N., J. CAMIRAND, S. DAVELUY, L. PICA, J. THÉROUX et P. TESSIER (1997). *Enquête générale de 1998 – Manuel de référence à l'intention des intervieweur(e)s*, Montréal, Santé Québec, version révisée de décembre.

BAULNE, J. (1999). *Document de travail concernant l'impact de la tempête de verglas sur les données de l'Enquête sociale et de santé 1998,* Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, Québec, Institut de la statistique du Québec, 22 octobre, 13 p.

BELLEROSE, C. (1992). *Enquête sociale et de santé 1992-1993 – Manuel de référence à l'intention des interviewers*, Montréal, Santé Québec.

BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE et D. TREMBLAY (sous la direction de) (1995). *Enquête sociale et de santé 1992-1993 – Cahier technique et méthodologique, vol. 1*, Montréal, Santé Québec, 134 p. plus annexes.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1997). *Énumération des logements d'une unité primaire d'échantillonnage de l'Enquête générale de 1998 – Instructions aux coordonnateurs,* Direction de la méthodologie, Québec, octobre, 67 p.

CAMIRAND, J., J. AUBIN, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, C. FOURNIER, B. BEAUVAIS, R. TREMBLAY et autres (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 516 p.

CLARKSON, M. et L. PICA (1995). *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 18 p.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p. plus annexes.

DESGROSEILLERS, L., É. GAGNON, C. THIBAULT, en collaboration avec N. AUDET et autres (2001). *Contrôle statistique de la divulgation des microdonnées de l'enquête sociale et de santé 98, Québec*, Institut de la statistique du Québec, avril, 15 p.

ÉMOND, A. (1988). *L'enquête Santé Québec : sa justification, sa pertinence et son utilité*, *Cahier technique 87-01*, Québec, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

ÉMOND, A. (1987). *Mode d'utilisation des instruments de l'enquête Santé Québec, Cahier technique 87-04*, Québec, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

ÉMOND, A. et M. CLARKSON (1988). *Le processus de gestion de l'enquête, Cahier technique 87-05*, Québec, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

FAGNAN, D. (sous la direction de), G. FILION, M. ROY, J.-P. LATOUR et J.-B. SIMARD (1999). *Enquête sociale et de santé – Santé Québec – Rapport méthodologique et des opérations, vol. 1*, Montréal, Le Groupe Léger et Léger inc., juin, 186 p.

GOUVERNEMENT DU CANADA. SANTÉ CANADA, *Site de la Base de données sur les produits pharmaceutiques*. [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/drugs-dpd/index.html

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Site de l'Institut.* [en ligne] http://www.stat.gouv.qc.ca

GUYON, L. et M. LEVASSEUR (1992). *Les variables : catégorisation, indicateurs et indices de Santé Québec, Cahier technique 87-08,* Québec, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

LALONDE, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.

LAPOINTE, F. et R. COURTEMANCHE (1997). *Énumération des logements d'une unité primaire d'échantillonnage de l'Enquête générale de 1998* : *instructions aux coordonnateurs,* Québec, Bureau de la statistique du Québec, Direction de la méthodologie, 67 p.

LAPOINTE, F., R. COURTEMANCHE et L. CÔTÉ (1999). *Enquête sociale et de santé de 1998 – Aspects statistiques : document de référence pour les groupes d'analyse, 1er et 2 juin 1999,* Québec, Institut de la statistique du Québec, Direction de la méthodologie, 54 p.

LAPOINTE, F., R. COURTEMANCHE, Y. LATULIPPE, L. PICA et N. AUDET (à paraître). *Étude parallèle – Étude réalisée en même temps que l'Enquête sociale et de santé 1998 pour évaluer un mode de collecte alternatif au face-à-face* (titre provisoire), Québec, Institut de la statistique du Québec.

LEVASSEUR, M. (1987). *Sources et justifications des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec, Cahier technique 87-03,* Québec, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (1981). *La santé des Canadiens : rapport de l'enquête Santé Canada*, Ottawa.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Les Publications du Québec.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME, G. GODIN, D. HAMEL et coll. (à paraître). *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998,* Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). Manuel de classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, vol. 1 (9e révision), Genève, 783 p.

RIOU, D. A., S. CANTIN et M. RINFRET-RAYNOR, avec la collaboration de P. CARIGNAN et M. MESSIER (à paraître). *La violence envers les femmes dans les couples québécois, 1998,* Québec, Institut de la statistique du Québec.

SANTÉ QUÉBEC (1995). *Document de synthèse des travaux des comités d'orientation et scientifique en vue de l'Enquête générale de 1997-1998*, novembre, 32 p. et 8 annexes.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, tome 1*, Québec, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, C. CHÉNARD, L. et LEVASSEUR, M. (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, vol. 1*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 412 p.

STATISTIQUE CANADA (1980). *Classification type des industries 1980, 4e édition*, Division des normes, Ottawa.

STATISTIQUE CANADA (1981). *Classification type des professions 1980*, Division des normes, Ottawa.

STATISTIQUE CANADA (1995). *Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, gouvernement du Canada.

TRUDEL, G.; COURTEMANCHE, R.; TARTE, F. (1992). *Validation, codification, saisie et pondération des données de l'enquête Santé Québec, Cahier technique 87-07*, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, Québec.

PARTIE II

Sources et justifications des questions

LUCILLE PICA

AVEC LA COLLABORATION DE

CAROLE DAVELUY ET NATHALIE AUDET

DIRECTION SANTÉ QUÉBEC

Cette deuxième partie du cahier technique a comme objectif d'indiquer, pour chacune des questions de l'enquête, leur source, c'est-à-dire l'enquête-mère dont elles sont tirées le cas échéant, et leur justification, c'est-à-dire leur contribution en regard du sujet traité. Les questions sont présentées par instrument de collecte : questionnaire rempli par l'intervieweur et questionnaire autoadministré. À la fin de chaque instrument de collecte, un tableau sommaire des questions et leurs sources sont présentés par section du questionnaire.

Comme l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS98) se situe dans le prolongement de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (ESS92-93) et de l'enquête *Santé Québec 1987* (SQ87), plusieurs questions sont reprises directement de ces deux enquêtes; dans ce cas, la source de la question sera toujours identifiée comme étant l'enquête de 1992-1993 ou l'enquête de 1987. Le lecteur aurait alors avantage à consulter les cahiers techniques de 1992-1993 (Bellerose et autres, 1996) et de 1987 (Levasseur, 1987). Si le traitement d'un thème ou de l'énoncé d'une question a été modifié entre les trois enquêtes, des précisions à cet effet sont indiquées. De plus, comme l'étape d'analyse des résultats était terminée au moment de la préparation de ce cahier, il a été possible d'ajouter, le cas échéant, des commentaires sur les problèmes posés par certaines questions.

10. Questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI)

Section d'identification (SI)

L'entrevue en face-à-face débute avec la section d'identification[10]. Menée auprès d'un adulte suffisamment informé sur les autres membres du ménage pour répondre à leur place, elle permet à l'intervieweur d'établir la liste des membres du ménage qui réside dans le foyer et de préciser leurs caractéristiques sociodémographiques.

Après l'enregistrement du numéro d'intervieweur et du numéro de dossier, la section d'identification aborde les questions sur la langue de l'entrevue (LANG), l'adresse du ménage (incluant le numéro de région) (MENU), le numéro de téléphone (TEL), le nombre de numéros de téléphone dans le foyer (NBTEL), le type de construction du logement (MULTI et CONST) et le nombre de pièces (PIECE). À l'exception de la question sur le nombre de numéros de téléphone dans le foyer (NBTEL), ces questions ont été posées en 1987 et en 1992-1993. La question NBTEL a été ajoutée pour les besoins particuliers de l'*Étude parallèle : étude réalisée en même temps que l'Enquête sociale et de santé 1998 pour évaluer un mode de collecte alternatif au face-à-face* (Lapointe et autres, à paraître), réalisée en 1998, auprès de 5 000 ménages indépendants de l'échantillon de l'ESS98 et dans laquelle le QRI se fait au téléphone. Par ailleurs, la question sur le nombre de pièces (PIECE) et sur le nombre de personnes dans le ménage permet d'obtenir la densité résidentielle dont le lien avec la santé physique et mentale a été maintes fois soulevé.

10. En 1987 et en 1992-1993, cette section constituait un instrument en soi : la fiche d'identification (FI).

Ensuite, comme en 1987 et en 1992-1993, l'intervieweur demande au répondant de fournir de l'information sur toutes les personnes de son ménage et de préciser les liens qui les unissent. On demande donc, pour chaque personne du ménage, le prénom (PRENO), le nom de famille (NOM), le sexe (SEXE) et la date de naissance (JO MO ANNE). Une dernière question vérifie le calcul de l'âge (AGVER). À celle-ci, s'ajoute une question sur l'état matrimonial actuel (STATU) qui, lors des enquêtes précédentes, a été posée dans le questionnaire autoadministré. Une autre question demande s'il y a une autre personne dans le ménage (AUTRE); cette question permet de vérifier que personne n'a été oublié.

Une nouvelle question visant à identifier les sans-abri temporairement hébergés dans le ménage et qui n'ont pas de domicile fixe ailleurs (DEPAN), a été ajoutée à la demande du groupe de recherche ayant effectué une enquête sur les itinérants des régions de Montréal-Centre et de Québec en 1998-1999 (Fournier, 2001). Les résultats de cette question n'ont pas encore été analysés.

Pour établir les liens qui unissent les personnes dans le ménage et établir la typologie des familles (ménages non familiaux et ménages familiaux), une série de questions a été posée au répondant sur le lien principal entre les individus (PRINC), le fait d'être un parent ou un enfant (PAREN), le lien mère-enfant (MERE), le lien père-enfant (PERE), le fait de vivre ou non en couple (COUPL) et l'identification du conjoint de chaque personne en couple (CONJO). À l'exception des nouvelles questions sur le fait d'être un parent ou un enfant (PAREN), le fait de vivre ou non en couple (COUPL) et l'identification du conjoint (CONJO), ces questions ont été posées dans les enquêtes antérieures. Les nouvelles questions se sont ajoutées dans cette section pour faciliter la reconnaissance des ménages non familiaux et familiaux.

Par la suite, deux nouvelles questions, ajoutées à la demande du groupe de travail sur l'*Enquête sur la résolution des conflits conjugaux* (Riou et autres, à paraître), visent à déterminer, pour toutes les femmes de 18 ans et plus vivant en couple actuellement, depuis combien de temps elles vivent avec leur conjoint (CO1), et pour celles ne vivant pas en couple, si au cours des 12 derniers mois, elles ont vécu en couple avec un homme pendant au moins deux mois (CO2). Ces questions ont été ajoutées afin d'établir la base de sondage de l'enquête mentionnée.

La section d'identification se termine avec une question sur le type de situation qui correspond le mieux à l'organisation actuelle du ménage (SITUA). Cette question avait été ajoutée en 1992-1993 pour mieux identifier les nouveaux types de familles. Elle permet aussi de valider la construction de la typologie des familles. Il est à noter qu'en 1998, la première catégorie de réponse a été modifiée pour la rendre plus précise : « personne seule » a été remplacée par « personne vit seule dans le ménage ». Une autre catégorie, soit « colocataires » a été ajoutée en 1998.

Il est à noter que quelques questions d'ordre administratif, posées lors des enquêtes antérieures dans la section d'identification, ont été transférées à la fin du QRI. Ces questions tentent de recueillir de l'information sur l'ampleur de la participation des membres du ménage. Pour plus d'information, veuillez consulter la section « Questions administratives » à la fin du QRI du présent cahier technique et méthodologique.

Section I - Incapacité au cours des deux dernières semaines (QRI1 à QRI6)

Cette section explore la restriction temporaire ou permanente des activités pour des raisons de santé au cours des deux semaines ayant précédé l'entrevue. Les questions QRI1 à QRI6 portent sur la présence d'incapacité et sa durée, en distinguant trois niveaux de gravité (lourde, modérée ou légère), de même que sur la nature du problème de santé à l'origine de l'incapacité.

L'incapacité est considérée « lourde » si la personne est obligée de garder le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital). L'incapacité est « modérée » si la personne est incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école (sans compter les journées d'alitement). L'incapacité « légère » comprend toute autre journée où la personne a dû modérer ses activités. Ainsi, les journées d'incapacité sont comptées sous forme de journées d'alitement (QRI1, QRI1a), d'incapacité par rapport à une activité principale (QRI2, QRI2a) et de journées de restriction des activités habituelles (QRI3, QRI3a). Le nombre total de journées d'incapacité est la somme de ces journées d'incapacité lourde, modérée et légère (QRI4). Le nombre total de journées d'incapacité ne peut donc dépasser 14 jours. Le problème de santé à l'origine de l'incapacité (QRI5) peut être soit une affection aiguë, soit une maladie chronique. Deux autres questions permettent de distinguer si le problème est dû à un accident (QRI6), et si oui, le genre de blessure que l'accident a entraîné (QRI6a).

Les questions QRI1 à QRI5 figuraient aussi dans les deux précédentes enquêtes générales, l'enquête *Santé Québec 1987* (Santé Québec, 1988) et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Santé Québec,1995). Les questions QRI6 et QRI6a sont analogues à celles utilisées en 1987.

Section II - Limitation des activités (QRI7 à QRI15)

Les questions de cette section portent sur les limitations que peut imposer l'état de santé sur le plan des activités habituelles dans les différents secteurs de la vie. Il s'agit donc davantage ici de restriction permanente des activités.

Deux questions permettent d'établir la présence d'une limitation d'activité à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé. La première question vise les individus de 6 ans et plus (QRI7) tandis que la deuxième vise les enfants de moins de 6 ans (QRI8). Pour la population de 6 ans et plus, d'autres questions visent à déterminer si, à cause de son état de santé, la personne est restreinte dans ses activités à la maison ou incapable de faire ses travaux ménagers quotidiens (QRI9), si elle est restreinte dans sa capacité de travailler en dehors du foyer ou de poursuivre ses études (QRI10) ou si elle est restreinte dans ses autres activités (loisirs, déplacements entre la maison et le lieu de travail ou l'école) (QRI11).

Ensuite, et cette fois-ci pour l'ensemble des individus de tout âge, la question QRI12 permet de savoir quel est le principal problème de santé à l'origine de la limitation; la question QRI13, si le problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure et la question QRI13a, la nature de cette blessure. Ces trois dernières questions permettent de savoir 1) s'il y a d'autres problèmes de santé qui restreignent la personne dans ses activités (QRI14), 2) si oui, quel est le principal problème à l'origine de cet autre problème de santé (QRI14a) et 3) si le problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure et la nature de cette blessure (QRI15 et QRI15a).

Les questions retenues dans cette section figuraient aussi dans les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 sauf les questions QRI13a, QRI14a, QRI15 et QRI15a qui provenaient uniquement de l'enquête de 1987 et qui ont été rajoutées en 1998 pour les besoins de comparaison des mesures de prévalence des problèmes de santé. Il est à noter qu'en 1998, les questions QRI8 et QRI9 ont été légèrement modifiées. À la question QRI8 (visant des enfants de moins de six ans), un mot a été changé dans le libellé de la question pour avoir plus de précision : le mot « jeux » a remplacé le mot « activités » en 1998.

La réalisation de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* (EQLA; Camirand et autres, 2001) auprès d'un échantillon des répondants de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS98; Daveluy et autres, 2000) a eu des répercussions sur les questions de cette section. Des modifications et des retraits ont été effectués pour alléger le fardeau des répondants et pour réduire la redondance. Ainsi la question QRI9 résulte de la fusion de deux questions distinctes sur la restriction d'exercer ses activités à la maison et l'incapacité à faire la plupart des travaux ménagers quotidiens, lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

De plus, les questions sur le confinement à domicile, la réduction de mobilité, la durée de l'incapacité, l'incapacité de poursuivre des études ou de travailler, le besoin d'aide pour les soins personnels et pour les activités instrumentales, de même que celles sur les sources d'aide reçue n'ont pas été reprises (QRI10, QRI11, QRI13, QRI17 et QRI21 à QRI28 de 1992-1993), l'EQLA examinant de près toutes ces notions, on n'a donc pu reconstruire l'indice d'autonomie fonctionnelle tel qu'il l'avait été pour les enquêtes précédentes (Wilkins et autres, 1995). D'ailleurs, l'espérance de vie en santé, telle que calculée en 1987 et en 1992-1933, ne pourrait plus être déterminée en raison des questions enlevées. Pour des indices similaires mais non identiques, voir les résultats de l'EQLA 1998 (Camirand et autres, 2001).

Section III - Recours aux services de santé ou aux services sociaux (QRI16 à QRI32)

La présente section concerne le recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux au cours des deux semaines ayant précédé l'entrevue et s'inscrit dans le prolongement des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. Les questions permettent de dresser l'éventail des professionnels consultés et d'explorer les modalités d'accès et le niveau d'accessibilité aux services des médecins généralistes et spécialistes. Elles fournissent des données relatives au lieu et au motif du problème à l'origine de la dernière consultation d'un professionnel.

Une première série de questions a trait à la consultation des médecins : la consultation d'un médecin généraliste (QRI16) ou d'un médecin spécialiste (QRI17) au cours des deux dernières semaines, le lieu de la dernière consultation avec ce médecin (QRI16a, QRI17a), le fait d'avoir obtenu cette consultation avec ou sans rendez-vous (QRI16b, QRI17b), le temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation avec ce médecin (QRI16c, QRI17c), l'appréciation du temps d'attente (QRI16d, QRI17d), la distance parcourue pour rencontrer ce médecin (aller seulement) (QRI16e, QRI17e) et le temps pris pour s'y rendre (aller seulement) (QRI16f, QRI17f).

La deuxième série de questions porte sur les professionnels autres que des médecins consultés au cours des deux dernières semaines : dentiste (QRI18), infirmier(ère) (QRI19), pharmacien(ne) (QRI20), optométriste ou opticien(ne) (QRI21), physiothérapeute ou ergothérapeute (QRI22), chiropraticien (QRI23), acupuncteur(trice) (QRI24), autre praticien(ne) de médecine non traditionnelle ou de médecine douce (naturopathe, ostéopathe, homéopathe, sage-femme, etc.) (QRI25), psychologue (QRI26), travailleur(euse) social(e) ou toute autre personne offrant des services similaires (QRI27), diététiste ou diététicien(ne) (QRI28) et toute autre personne qui applique des traitements ou qui donne des conseils (QRI29).

La dernière série de questions porte sur le dernier professionnel consulté, que cette personne soit ou non un médecin, (QRI30), le principal problème à l'origine de cette consultation (QRI31) et le lieu de cette dernière consultation avec ce professionnel (QRI32).

La formulation des questions portant sur le fait d'avoir consulté ou non un professionnel de la santé ou des services sociaux est généralement la même que celle des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. Cependant, des

différences sont à noter en ce qui concerne les types de professionnels. Comme dans l'enquête de 1987, le chiropraticien et l'acupuncteur sont considérés séparément, alors qu'ils faisaient partie des « praticiens non traditionnels » dans l'enquête de 1992-1993. Le physiothérapeute et l'ergothérapeute sont également considérés séparément dans la présente enquête alors qu'ils ne constituaient qu'une seule catégorie dans les deux enquêtes précédentes. La diététiste classée parmi les « autres professionnels » lors de l'enquête de 1987, est un type de professionnel distinct en 1992-1993 et en 1998. Ces modifications ne touchent pas le taux global de consultation mais rendent difficile la comparaison par type de professionnels autres que les médecins. Par ailleurs, en 1987 et en 1992-1993, la question sur le lieu de consultation était ouverte; en 1998, on a ajouté des catégories de réponse. De plus, l'ajout de la catégorie « pharmacie » rend difficile la comparaison avec les données des deux enquêtes précédentes. Les consultations en pharmacie étaient incluses alors dans la catégorie « autre » ou « bureau privé ».

Les questions sur les modalités d'accès aux services des médecins généralistes et spécialistes (consultation avec ou sans rendez-vous, délai pour obtenir un rendez-vous et niveau d'appréciation du temps d'attente par rapport à ce délai) étaient des renseignements absents des enquêtes précédentes. Créées expressément pour l'ESS98, elles ont été ajoutées afin de « ...fournir aux planificateurs et aux décideurs, un éclairage qui leur permettra de mieux orienter les prises de décision visant à réduire les problèmes d'équité d'accès aux services sociaux et de santé et de s'assurer que les ressources appropriées seront disponibles au cours des prochaines années de manière à répondre aux besoins d'une population croissante et vieillissante » (Fournier et Piché, 2000). La présente enquête permet aussi d'identifier un plus grand nombre de types de professionnels : les physiothérapeutes et les ergothérapeutes ne sont plus regroupés et les chiropraticiens et les acupuncteurs ne sont plus inclus dans la catégorie « autres praticiens de médecine non traditionnelle ». Par ailleurs, jusqu'à trois types de professionnels peuvent être mentionnés dans cette dernière catégorie.

L'ESS98 ne reprend pas les mesures de 1992-1993 reliées à certains coûts associés, directs et indirects, à la dernière consultation d'une catégorie de professionnel puisque les questions relatives aux honoraires et aux heures de travail avaient posé des problèmes de validité (QRI30 à QRI33, QRI35 à QRI38, QRI40 à QRI43, QRI45 à QRI47, QRI49 à QRI51, QRI53 à QRI55, QRI57 à QRI60, QRI62 à QRI65, QRI67 à QRI69, QRI71 à QRI73, QRI75 à QRI77 et QRI79 à QRI81 de 1992-1993) (Bellerose et autres, 1996). Par ailleurs, les questions de 1992-1993 sur l'accès aux médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste (QRI86) et sur l'achat de lunettes, de prothèses ou de toute autre fourniture médicale (QRI87), n'ont pas été reprises en 1998. Ces concepts ont été mesurés en 1998 à l'aide d'une série de nouvelles questions que l'on retrouve à la section XVII - Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé du QRI.

Section IV - Consommation de médicaments (QRI33 à QRI48, Meda_1 à Medg_1)

Cette partie du questionnaire du ménage porte sur les médicaments, prescrits ou non prescrits, consommés au cours des deux jours ayant précédé l'entrevue, soit « hier ou avant-hier ». Les questions, présentant des classes de médicaments (QRI33 à QRI45), ont été reprises des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 tout comme quelques sous-questions visant à identifier le médicament pris (Meda_1 à 20), à déterminer si celui-ci avait été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste (Medb_1 à 20) et à préciser le problème de santé pour lequel la personne l'avait consommé (Medf_1 à 20). Inspirées de questions semblables de l'enquête de 1992-1993, de nouvelles sous-questions permettent de mieux rendre compte de la fréquence de consommation (pris de façon régulière ou occasionnelle) et de la durée de l'utilisation (Medc_1 à 20, Mede_1 à 20). Une dernière sous-question visant à déterminer si un autre médicament de la même classe a été pris (Medg_1 à 20), s'inspire du manuel de formation des intervieweurs de 1992-1993.

Trois questions ont été ajoutées à cette section pour documenter, pour la première fois, la consommation de remèdes contre l'asthme (QRI46), le rhume des foins (QRI47) et le recours au vaccin contre la grippe (QRI48, QRI48a) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les questions QRI46 et QRI47 ont été ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur l'air ambiant et l'environnement physique (section XV) comme élément permettant d'aider à confirmer les diagnostics, mais n'ont pas encore été analysées. La question sur le recours au vaccin et sa sous-question (QRI48 et QRI48a) ont été proposées par le Comité de concertation en maladies infectieuses. La vaccination contre la grippe fait l'objet du chapitre 23 du rapport sur l'ESS98.

Section V - Accidents avec blessures (QRI49 à QRI71)

Cette section s'intéresse aux personnes victimes d'accident au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. L'ESS98 ne traite pas seulement des accidents ayant entraîné des blessures assez graves pour limiter les activités normales (QRI49), comme ce fut le cas en 1987; elle inclut également les accidents qui ont entraîné une consultation médicale (QRI50), qu'il y ait eu ou non limitation des activités comme en 1992-1993.

L'ESS98 traite aussi des accidents avec blessures selon le lieu : la route (QRI51), le travail (QRI52), l'école (QRI53), la maison (à l'intérieur) (QRI54), un lieu de loisir ou de sport (QRI55), un lieu public (QRI56), la maison (à l'extérieur) (QRI57) ou tout autre endroit (QRI58). Les questions suivantes traitent du nombre d'accidents au cours des 12 derniers mois (QRI59), de la principale blessure (QRI60), du temps écoulé depuis le dernier accident (QRI61), des autres problèmes de santé physique ou mentaux causés par le(les) accident(s) (QRI62), et si oui, du principal problème de santé (QRI62a).

La présente enquête permet de mesurer, pour la première fois, l'importance des accidents avec blessures selon les circonstances (QRI63 à QRI70). Par exemple, comment surviennent les blessures chez les jeunes enfants ou les personnes âgées? S'agit-il surtout d'accidents de véhicule à moteur ou de bicyclette, de pratiques d'activités récréatives ou sportives, de chutes, d'agressions, de brûlures ou d'empoisonnements accidentels, de blessures causées par un instrument ou un objet coupant ou perforant, de heurts contre des objets variés ou d'autres choses? Pour les accidents survenus à bicyclette ou au cours de la pratique d'une activité récréative ou sportive, la QRI71 permet de spécifier lors de quelle(s) activité(s) l'accident s'est produit.

Les questions QRI49 à QRI62 proviennent presque intégralement de l'enquête de 1992-1993; cependant, certaines d'entre elles proviennent de l'enquête de 1987 (QRI49, QRI51, QRI60, QRI62, QRI62a). Les questions sur les circonstances de l'accident (QRI63 à QRI70) ont été ajoutées à la fin de la section pour conserver intacte la séquence initiale des questions et favoriser la comparabilité des résultats avec ceux de 1992-1993. Ces questions proviennent de la question HLT-Q41 de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) et de la question INJ-Q6 de l'*Enquête longitudinale nationale auprès des enfants* (ELNE) (question INJ-Q6). La question QRI71 a été proposée par la Régie de la sécurité dans les sports du Québec, et ce pour mieux connaître les principales activités sportives à l'origine des blessures.

Rappelons que l'enquête de 1987 définissait de façon plus restreinte les accidents avec blessures, de sorte que les résultats de 1987 ne peuvent être comparés à ceux de 1998.

Section VI - Problèmes de santé (QRI72 à QRI104)

Dans le but de favoriser la comparaison avec l'enquête de 1987, les questions relatives aux problèmes de santé sont à quelques exceptions près demeurées les mêmes. Il est à noter que les problèmes de santé n'avaient pas fait l'objet d'une étude et d'une analyse détaillées depuis l'enquête de 1987. Rappelons que la méthode employée pour analyser les données est calquée sur celle de l'enquête *Santé Canada 1978,* consistant à réunir, pour chaque personne, les problèmes déclarés à six sections du QRI dont la section VI qui porte spécifiquement sur le sujet.

Ainsi, les questions de cette section dressent l'éventail des problèmes de santé de longue durée ressentis ou perçus par la population québécoise et visent à établir la prévalence des affections chroniques suivantes. La question principale se lit comme suit : Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente les problèmes suivants : anémie (QRI72), maladie de la peau ou allergies cutanées (QRI73), rhume des foins (QRI74), autres allergies (QRI75), sérieux maux de dos ou de la colonne (QRI76), arthrite ou rhumatisme (QRI77), autres problèmes sérieux des articulations (QRI78a), autres problèmes sérieux des muscles ou des tendons (QRI78b), problèmes de tendinite, bursite ou épicondylite, etc. (QRI78c), problèmes de compression ou pincement de nerf, etc. (QRI78d), autre problème sérieux de muscles, des os ou des articulations, etc. (QRI78e), cancer (QRI79), paralysie cérébrale[11] (QRI80), diabète (QRI81), emphysème, bronchite chronique, toux persistante ou asthme (QRI82), déficience mentale ou intellectuelle (QRI83), dépression (QRI84), épilepsie (QRI85), hypertension (QRI86), maladie du coeur (QRI87), troubles urinaires ou maladie du rein (QRI88), ulcères d'estomac (QRI89), autres troubles digestifs (QRI90), goitre ou troubles de la thyroïde (QRI91), migraines ou maux de tête fréquents (QRI92), incapacité ou handicap à la suite de la perte d'un membre (QRI93), paralysie à la suite d'un accident (QRI94), paralysie à la suite d'une attaque ou d'une hémorragie cérébrale (QRI95), périodes de grande nervosité ou d'irritabilité (QRI96), périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes (QRI97), incapacité ou handicap dus à l'obésité (QRI98), périodes de six mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser que quelqu'un l'espionne (QRI99), cataractes (QRI100), maladies de la rétine (QRI101), glaucome (QRI102), tout autre problème de santé chronique, physique ou mentale (QRI103) ou tout autre handicap. La dernière question porte sur toute période de maladie ou encore des symptômes ou des problèmes de santé, cette fois-ci au cours des 4 derniers mois (QRI104).

Ces questions permettent également de vérifier l'évolution de problèmes de santé physique ciblés par la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992), soit les maladies cardiovasculaires, les maux de dos, l'arthrite ou le rhumatisme ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire.

En prenant comme base les regroupements de la CIM-9 et la fréquence observée, les problèmes (codes) déclarés ont été regroupés pour l'analyse en 31 catégories incluant une catégorie « autres » qui regroupe les problèmes déclarés par de plus petites proportions de la population. Pour les fins de comparaison, les regroupements utilisés dans la présente enquête ont été appliqués aux données de l'enquête de 1987.

Pour des raisons de précision, une série de sous-questions ont été ajoutées en 1998 à certaines questions portant sur les allergies et les maladies respiratoires. Par exemple, à la question sur la maladie de peau ou allergies cutanées (QRI73), deux sous-questions visant à déterminer s'il s'agissait de la maladie de la peau (QRI73a) ou des allergies cutanées (QRI73b) ont été ajoutées. À la question sur les autres allergies (QRI75),

---

11. Il est à noter que dans la version anglaise du QRI informatisé, le terme « paralysie cérébrale » a été dactylographié « *cerebral paralysis* » et non « *cerebral palsy* » comme il aurait fallu le faire. Une analyse des données n'a toutefois pas révélé de différence quant à la prévalence de ce problème de santé entre les anglophones et les francophones.

trois sous-questions visant à déterminer s'il s'agissait d'allergies aux aliments (QRI75a), aux animaux (QRI75b) ou d'autres allergies (QRI75c) ont été aussi insérées. De la même façon, des sous-questions ont été incluses à la question QRI82 visant à déterminer s'il s'agissait de l'emphysème (QRI82a), de la bronchite chronique (QRI82b), d'une toux persistante (QRI82c) et de l'asthme (QRI82d). L'objet de ces nouvelles sous-questions était d'étudier l'association entre les déterminants environnementaux et les problèmes d'allergies respiratoires, l'incidence de ces derniers étant en partie attribuable à la présence de contaminants de l'air intérieur. Les résultats de ces questions n'ont pas été publiés dans le rapport de l'ESS98, mais ont fait l'objet d'un article dans la *Revue canadienne de santé publique* (Lévesque et autres, 2001).

Pour mieux connaître l'ampleur des problèmes musculo-squelettiques chez les travailleurs, d'autres questions et sous-questions ont été ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le travail et la santé. Des sous-questions ont été ajoutées à la question QRI76 afin de distinguer les maux du cou (QRI76a), les maux du haut du dos (QRI76b) et les maux du bas du dos (QRI76c). De la même façon, une sous-question à la question sur l'arthrite ou le rhumatisme (QRI77) permet de déterminer s'il s'agissait d'usure des articulations ou d'arthrose (QRI77a). Dans le même but, des questions ont été ajoutées pour compléter l'éventail des problèmes musculo-squelettiques : … un autre problème sérieux des muscles ou des tendons (QRI78b) et si oui, s'agissait-il de tendinite, de bursite, d'épicondylite, par exemple, un « tennis elbow », d'entorse, de foulure ou d'autres traumatismes des muscles, des tendons ou des ligaments (QRI78c), de compression ou pincement de nerf, par exemple, le syndrome du canal carpien, le défilé thoracique ou la radiculopathie (QRI78d) ou d'un autre problème sérieux des muscles, des os ou des articulations, par exemple, un problème de douleur musculaire généralisée tel que fibromyalgie ou algo-dystrophie (QRI78e). Les résultats de ces questions font l'objet du chapitre 26 (Travail et santé) du rapport de l'ESS98.

Pour mieux tenir compte des problèmes de santé chronique en émergence dans la population, des sous-questions ont été ajoutées. Par exemple, pour le cancer (QRI79), une sous-question vise à déterminer s'il s'agit du mélanome cutané (QRI79a) et sinon, de quel autre type de cancer il s'agit (QRI79b). De la même façon, pour les périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes, on tente de préciser s'il s'agit de la maladie d'Alzheimer (QRI97a) ou d'un autre problème (QRI97b). On cherche aussi à identifier les autres troubles digestifs (QRI90) en demandant quel est le problème (QRI90a). Enfin, trois questions portant sur les maladies de l'œil (cataractes [QRI100], maladies de la rétine [QRI101] et glaucome [QRI102]) ont été ajoutées.

Une dernière question (QRI104), ajoutée en 1998, permet d'estimer l'existence de périodes de maladie, de symptômes ou de problèmes de santé que l'un ou l'autre des membres du ménage aurait vécu au cours des 4 derniers mois ayant précédé l'enquête et dont il n'aurait pas encore été question dans l'entrevue. L'objet de cette nouvelle question est d'identifier des problèmes de santé aigus que la grille de questions, axée davantage sur les problèmes de longue durée, aurait échappé. Proposée par le groupe chargé des questions sur le recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux, cette question n'a pas encore fait l'objet d'une analyse.

Section VII - Chirurgies d'un jour (QRI105 à QRI117)

La présente section aborde trois aspects de l'utilisation des services : le recours à la chirurgie d'un jour, le recours aux services à domicile à la suite de la chirurgie d'un jour et la perception des personnes utilisatrices de ces services. Le recours à la chirurgie d'un jour est abordé pour la première fois dans les enquêtes de Santé Québec, ceci pour mieux documenter les récentes transformations dans les services médicaux. « Dans

le secteur hospitalier, les modifications de l'offre de services se sont notamment traduites par une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations et [par] une place plus grande occupée par la chirurgie d'un jour. Les CLSC, pour leur part, ont vu leur clientèle s'accroître et offrent une gamme plus étendue de services (Trahan et autres, 1999). Dans un tel contexte, et comme l'ont observé Côté et autres (1998) dans une récente étude, la participation de la famille et des proches à la prestation des services est appelée à s'intensifier au cours des prochaines années » (Trahan et autres, 2001).

Le recours à la chirurgie d'un jour est mesuré par la proportion de personnes dans la population qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ont été à l'hôpital pour une opération sans y avoir passé la nuit, quelle que soit la raison (QRI105). La question QRI106 permet de connaître le nombre de fois que la personne a été traitée en chirurgie d'un jour.

Le recours aux services posthospitaliers concerne la dernière chirurgie d'un jour. Il est traité à partir de deux indicateurs. Le premier porte sur le type de services reçus (QRI111, QRI114); il est mesuré à partir du nombre de répondants qui, à la suite d'une chirurgie d'un jour, ont reçu à domicile, soit des traitements (pansement, injection, prise de tension artérielle, etc.), soit de l'aide (pour manger, se déplacer dans la maison, faire le ménage, etc.), étant entendu que les personnes ne recevaient pas de traitements ou cette aide avant ces événements. Le second indicateur précise qui a donné les traitements ou a fourni l'aide (QRI112, QRI115); il se divise en trois catégories : la famille ou les proches exclusivement, habitant ou non avec la personne qui reçoit cette aide, les organismes extérieurs (CLSC, organismes communautaires, agences privées) et les aidants mixtes, soit les proches et les organismes extérieurs.

La perception des personnes ayant été traitées en chirurgie d'un jour est examinée selon deux dimensions : l'accès et les services reçus. La satisfaction quant à l'accès est mesurée par l'acceptation du temps d'attente entre le moment où la personne a été informée de la nécessité d'être traitée en chirurgie d'un jour et le moment où cet événement s'est produit (QRI108, QRI109). La satisfaction à l'égard des services reçus est mesurée par la perception qu'ont les répondants de l'à-propos, à la suite d'un chirurgie d'un jour, de passer la première nuit à leur domicile plutôt qu'à l'hôpital et de la suffisance de l'aide à domicile reçue après la chirurgie d'un jour (QRI110, QRI117).

Il est à noter que les questions QRI112a à QRI112f et QRI115a à QRI115f s'inspirent des questions QRI21 et QRI22 de l'ESS92-93 et de la question Q32b, formule 06, de l'*Enquête auprès des peuples autochtones 1991* de Statistique Canada. Toutefois, les formulations différentes rendent toute comparaison impossible. Les autres questions de cette section ont été créées expressément pour l'ESS98.

Section VIII – Hospitalisations (QRI118 à QRI132)

La présente section aborde trois autres aspects de l'utilisation des services : le recours à l'hospitalisation, le recours aux services à domicile à la suite de l'hospitalisation et la perception des personnes utilisatrices de ces services. Bien que le recours à l'hospitalisation ait été abordé en 1987, il n'est pas possible d'en comparer les résultats avec ceux de l'ESS98, dont la plupart des questions sur le sujet sont nouvelles ou formulées différemment. Ce thème n'a pas été étudié en 1992-1993.

Les nouvelles questions ont été ajoutées afin de mieux documenter les récentes transformations dans les services médicaux. Comme déjà mentionné dans la section précédente : « Dans le secteur hospitalier, les modifications de l'offre de services se sont notamment traduites par une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations et [par] une place plus grande occupée par la chirurgie d'un jour. Les CLSC, pour leur

part, ont vu leur clientèle s'accroître et offrent une gamme plus étendue de services (Trahan et autres, 1999). Dans un tel contexte, et comme l'ont observé Côté et autres (1998) dans une récente étude, la participation de la famille et des proches à la prestation des services est appelée à s'intensifier au cours des prochaines années » (Trahan et autres, 2001).

Le recours à l'hospitalisation est mesuré par la proportion de personnes dans la population qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ont passé au moins une nuit à l'hôpital, quelle que soit la raison (QRI118). La question QRI119 permet de connaître le nombre de fois que la personne a été hospitalisée.

Le recours aux services posthospitaliers concerne la dernière hospitalisation. Il est traité à partir de deux indicateurs. Le premier, qui porte sur le type de services reçus (QRI126, QRI129), est mesuré à partir du nombre de répondants qui, à la suite d'une hospitalisation, ont reçu à domicile, soit des traitements (pansement, injection, prise de tension artérielle, etc.), soit de l'aide (pour manger, se déplacer dans la maison, faire le ménage, etc.), étant entendu que les personnes ne recevaient pas ces traitements ou cette aide avant ces événements. Le second indicateur précise qui a donné les traitements ou a fourni l'aide (QRI127, QRI130). Il se divise en trois catégories : la famille ou les proches exclusivement, habitant ou non avec la personne qui reçoit cette aide, les organismes extérieurs (CLSC, organismes communautaires, agences privées) et les aidants mixtes, soit les proches et les organismes extérieurs.

La perception des personnes ayant été hospitalisées est examinée selon deux dimensions : l'accès et les services reçus. La satisfaction quant à l'accès est mesurée par l'acceptation du temps d'attente entre le moment où la personne a été informée de la nécessité d'être hospitalisée et le moment où cet événement s'est produit (QRI123, QRI124). La satisfaction à l'égard des services reçus est mesurée par la perception qu'ont les répondants de la suffisance du temps passé à l'hôpital et de l'aide à domicile reçue après l'hospitalisation (QRI125, QRI132).

À noter que les questions QRI118 et QRI119 s'inspirent de la question SQ-1G de l'enquête SQ87. Toutefois, la formulation différente rend toute comparaison impossible. Les questions QRI127a à QRI127f et QRI130a à QRI130f s'inspirent des questions QRI21 et QRI22 de l'ESS92-93 et de la question Q32b, formule 06, de l'*Enquête auprès des peuples autochtones;* encore une fois, les formulations différentes empêchent la comparaison des résultats. Les autres questions de cette section ont été créées expressément pour l'ESS98.

Section IX - Questions sur les problèmes de santé déclarés (PS) (PSa1 à 20 à PSi1 à 20)

Les problèmes de santé identifiés dans les sections précédentes du QRI sont repris dans cette section[12]. Pour chacun, on pose une série de questions afin de savoir depuis quand la personne a ce problème (PSa_1 à 20), si le problème a été confirmé par un médecin (PSb_1 à 20), si la personne a consulté quelqu'un pour le problème (PSc_1 à 20) et le type de professionnel consulté (PSd_1 à 20). Les problèmes déclarés peuvent être soit des maladies, soit des affections de courte ou de longue durée, soit simplement des symptômes.

Les questions sur la fréquence de consultation au cours des quatre derniers mois et sur les types de professionnels consultés (PSe_1 à 20, PSf_1 à 20, PSg_1 à 20, PSh_1 à 20 et PSi_1 à 20) ont été proposées par le groupe de travail sur le recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux pour compléter le portrait sur l'utilisation des services.

---

12. Des lacunes dans la programmation du QRI ont empêché le transfert de tous les problèmes de santé identifiés avant cette section

L’ensemble de ces questions s’inspire largement de l’enquête de 1987, mais aucune comparaison n’a encore été effectuée.

Section X - Symptômes respiratoires (QRI133 à QRI136)

Cette section constitue un ajout par rapport aux QRI des enquêtes précédentes. Les questions sur la présence de sifflements ou de sibilances dans la poitrine au cours des 12 derniers mois (QRI133 à QRI136) ont été proposées par le groupe de travail sur l’air ambiant et l’environnement physique pour documenter la prévalence des symptômes respiratoires et des pathologies associées que constituent l’asthme, les allergies, la bronchite chronique et l’emphysème. Les résultats de ces questions n’ont pas été publiés dans le rapport de l’ESS98, mais ont fait l’objet d’un article dans la *Revue canadienne de santé publique* (Lévesque et autres, 2001).

La première question sur la présence de sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois (QRI133), s’inspire de la question 1 du questionnaire autoadministré de l’*Étude européenne sur la santé* (Burney et autres, 1994) et d’une question du tableau 5 d’un article de Evans et autres (1987). Les trois questions suivantes s’adressent aux personnes ayant répondu oui à la question QRI133. Elles visent à définir la fréquence des symptômes respiratoires (QRI134), ainsi que leur spécificité (QRI135) et leur gravité (QRI136). La question 1 du questionnaire autoadministré de l’*Étude européenne sur la santé* (Burney et autres, 1994) et les questions 10 et 10a du questionnaire autoadministré de l’*Étude de la santé respiratoire chez les jeunes de Montréal* ont servi de sources à la question QRI134 (Ernest et autres, 1995). La question 1.2 de l’*Étude européenne sur la santé* (Burney et autres, 1994) a donné lieu à la question QRI135. La question 1.1 de cette dernière étude ainsi que la question 11 de l’*Étude de la santé respiratoire chez les jeunes de Montréal* (Ernest et autres, 1995) ont donné lieu à la question QRI136.

Section XI - Vision et audition (QRI137 à QRI140)

Les questions sur la vision s’intéresse à la vision de près (QRI137) et à la vision de loin (QRI138). Elles s’adressent aux personnes en âge de pouvoir lire, soit la population de 6 ans et plus. Cependant, à cause d’une erreur de programmation informatique du QRI, l’information porte seulement sur les personnes de 7 ans et plus. Ces deux questions s’inspirent des questions QAA75c et QAA75d de l’enquête de 1987, mais la formulation et la méthodologie différentes en 1998 empêchent la comparaison des résultats. Ce thème n’était pas abordé dans l’ESS92-93.

Quant aux questions sur l’audition, la première porte sur la capacité d’entendre et de comprendre la voix dans le silence sans prothèse auditive s’il y a lieu (QRI139). Cette question englobe quelques-unes des nombreuses capacités liées à l’audition. Elle a été retenue parce qu’elle avait été utilisée dans de vastes enquêtes en Grande-Bretagne et en Australie (Davis, 1983 et 1989; Wilson et autres,1992). La deuxième question (QRI140) permet de savoir si la personne a déjà consulté un professionnel de la santé pour sa difficulté d’entendre. Cette dernière question permet de confirmer le problème d’audition.

Bien que des données sur l’audition aient été recueillies lors de l’enquête de 1987, elles ne sont en rien comparables à celles obtenues en 1998 puisqu’elles visaient à savoir si les personnes qui portaient un appareil auditif avaient de la difficulté à entendre une conversation normale. De plus, ces questions étaient posées dans le questionnaire autoadministré, et de ce fait, répondues par les personnes elles-mêmes. Le thème n’a

---

(voir section 14.8).

pas été abordé lors de l’ESS92-93.

Section XII - Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé (QRI141 à QRI152)

La question principale de cette section permet de préciser quelles sont les personnes du ménage qui sont couvertes « par une assurance privée qui défraie (couvre, paie) au moins en partie, les dépenses non assurées par l'assurance-maladie du Québec » (QRI141). Cette question provient de l'ESS92-93. Quoique le libellé soit identique en 1998, le contenu réglementaire et légal n'est pas le même pour les deux enquêtes à cause de la mise en place, en janvier 1997, d'un régime obligatoire d'assurance médicaments qui stipule que lorsque l'un des deux conjoints détient, dans le cadre de son emploi ou par le biais d'une association professionnelle, une protection collective d'assurance privée dans le domaine de la santé, cette assurance doit comprendre le volet médicaments. De plus, l'assureur doit obligatoirement offrir la couverture d'assurance médicaments à l'autre conjoint, aux enfants et aux autres personnes à charge. En l'absence d'un régime collectif d'assurance privé, les individus doivent adhérer au programme public d'assurance médicaments.

Toutes les autres questions de cette section ont été conçues pour l'ESS98. Une première série de questions permet de distinguer le taux de couverture selon le type d'assurance privée (QRI142 à QRI144). Les services couverts par les régimes d'assurance privés sont examinés à l'aide des questions QRI145 à QRI150.

Les dernières questions, soit QRI151 et QRI152 portant sur la couverture des frais de santé par le régime d'assurance public, semblent cependant avoir posé problème dans les analyses. Selon la question QRI151, « Quelqu'un du foyer est-il inscrit au programme d'assurance médicaments du Québec? Si oui, Qui? », 35 % des Québécois seraient inscrits à un tel programme. Parmi les personnes de 65 ans et plus, dont la presque totalité devrait être couverte par ce programme, seulement 69 % le seraient selon l'enquête. Par ailleurs, à la question QRI152, « Quelqu'un du foyer est-il couvert par un autre programme d'aide sociale tel que la sécurité du revenu c'est-à-dire le bien-être ou l'aide sociale, ou la pension de la sécurité de la vieillesse, qui paie, en partie ou en totalité les soins de santé tels les examens de la vue, les soins dentaires…? Si oui, Qui? », 14 % des Québécois bénéficieraient d'une telle couverture. Ce pourcentage est de 56 % pour les personnes de 65 ans et plus. Or, ce dernier pourcentage aurait dû s'approcher de 100 %, puisque les personnes de ce groupe d'âge reçoivent toutes la pension de la sécurité de vieillesse, ce qui les rend admissibles *de facto* à certains programmes publics tels ceux mentionnés dans la question QRI152. Cette situation laisse croire que les estimations pour les autres groupes d'âge ne sont pas non plus valables. Pour ces raisons, les données sur la couverture des frais de santé par le régime d'assurance public n'ont pas été présentées dans le rapport de l'ESS98.

Section XIII - Sécurité alimentaire (QRI153 à QRI156)

Cette section contient quatre nouvelles questions posées au répondant clé du ménage par l'intervieweur. Les premières trois questions visent à évaluer certains éléments reliés à l'insécurité alimentaire, soit la monotonie du régime (QRI153), la restriction de l'apport alimentaire (QRI154) et l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants du ménage par manque de ressources financières (QRI155), cette dernière question étant posée uniquement aux personnes des ménages ayant des enfants de moins de 18 ans. Ces questions s'inspirent du Questionnaire Radimer/Cornell validé aux États-Unis (Radimer et autres, 1992; Kendal et autres, 1995) et dont l'utilité pour estimer la prévalence au Québec avait déjà été évaluée dans une étude exploratoire auprès d'un échantillon non aléatoire (Hamelin, 1999). Un indice regroupant les réponses affirmatives (souvent vrai et parfois vrai) à l'une ou l'autre des trois questions a été aussi utilisé. Toute personne répondant positivement à l'une ou l'autre des trois questions était considérée en situation d'insécurité alimentaire. L'indice développé ne

permet pas d'établir la prévalence de l'insécurité alimentaire au Québec, essentiellement parce que la valeur de prédiction des éléments qui le composent n'est pas connue dans la population québécoise. L'indice offre cependant une première indication de certains éléments reliés au phénomène de l'insécurité alimentaire au Québec.

Une dernière question (QRI156) a été utilisée pour évaluer le nombre de jours au cours du dernier mois pendant lesquels les membres du foyer ont manqué de nourriture ou d'argent pour acheter de la nourriture. Cette question a été tirée des « Food Sufficiency Questions » du « NHANES III Family Questionnaire » (Briefel et Woteki, 1992). Elle a été posée uniquement aux personnes qui avaient répondu positivement à au moins une des trois questions précédentes de l'indice d'insécurité alimentaire.

Section XIV - Renseignements sociodémographiques (QRI157 à QRI172, QRI173a à QRI173e)

Pour mieux décrire l'état de santé et de bien-être en fonction des caractéristiques de la population, une série de questions a été posée au répondant clé du ménage. La section commence avec deux questions posées pour tous les membres du ménage soit le lieu de naissance (QRI157) et, pour les personnes nées à l'extérieur du Canada, l'année d'immigration (QRI158). Le lieu de naissance précise l'origine nationale de l'individu et permet de caractériser les immigrants au pays, indépendamment de leur langue maternelle. Cette question est nécessaire au calcul de l'indice d'appartenance ethnoculturelle. Pour des renseignements supplémentaires quant à la construction de ce dernier indice, veuillez consulter les pages 79-80 du rapport de l'ESS98 et le volume 2 du présent cahier technique et méthodologique, indice GROUPTH2.

Une deuxième série de questions porte sur les membres du ménage âgés de 15 ans et plus, et ceci, afin de préciser leur activité principale, les caractéristiques de leur emploi et leur exclusion du marché du travail, s'il y a lieu. Comme en 1992-1993, la première question porte sur l'occupation habituelle au cours des 12 derniers mois (QRI159), et comme en 1987 et en 1992-1993, la deuxième porte sur l'occupation habituelle au cours des 2 dernières semaines (QRI160). D'autres questions, également utilisées en 1987 et en 1992-1993, visent à définir si la personne a un emploi actuellement (QRI161) et depuis quand (QRI162), et, sinon, depuis quand la personne est sans emploi (QRI163). Une autre question, provenant de l'ESS92-93, s'adresse aux personnes sans emploi depuis moins de 12 mois et vise à connaître la durée du travail au cours des 12 derniers mois (QRI64).

Pour les personnes occupant actuellement un emploi, une série de questions déjà posée en 1987 et en 1992-1993 portent sur la description du genre de travail (QRI165) et du type d'entreprise (QRI166), le nombre d'heures travaillées par semaine (QRI168), le caractère saisonnier du travail (QRI169) et l'existence d'un deuxième emploi (QRI170). Comme en 1992-1993, le nombre d'heures travaillées dans cet autre emploi est demandé (QRI171). Une nouvelle question sur la municipalité dans laquelle l'entreprise est située (QRI167) s'est ajoutée à la demande du groupe d'experts sur le travail et la santé afin de distinguer le lieu de résidence et le lieu de travail, ces derniers pouvant appartenir à des municipalités différentes. Cette question n'a pas été analysée dans le cadre du rapport de l'ESS98.

Difficiles à obtenir à cause des réticences des répondants, les renseignements sur le revenu n'en demeurent pas moins importants à cause de leur lien avec la santé et le bien-être. La question sur le revenu global (brut) du ménage provenant de toutes sources (QRI172) a été utilisée lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. Cette question est nécessaire au calcul de l'indice sur la suffisance du revenu. Pour des renseignements supplémentaires quant à la construction de cet indice, veuillez consulter les pages 82-83 du rapport de l'ESS98 et le volume 2 du présent cahier, indice SUFREV98. Mentionnons que cet indice diffère de celui de

1987, mais qu'il est constitué à partir des mêmes seuils de revenu que celui de 1992-1993. Les comparaisons de cet indice entre 1992-1993 et 1998 demeurent toutefois hasardeuses. D'une part les seuils n'ont pas été ajustés pour tenir compte de l'inflation, quoique faible, observée depuis 1992-1993. D'autre part, la répartition de la non-réponse (refus et réponses manquant de précision) diffère entre les deux enquêtes.

Les questions sur le service téléphonique (QRI173a à QRI173e) ont été posées pour les besoins particuliers de l'*Étude parallèle : étude réalisée en même temps que l'Enquête sociale et de santé 1998 pour évaluer un mode de collecte alternatif au face à face* (Lapointe et autres, à paraître), étude réalisée en 1998 auprès de 5 000 ménages indépendants de l'échantillon de l'ESS98 et dans lequel le QRI se fait au téléphone.

Lors de l'ESS92-93, des questions sur le nombre d'années d'études terminées étaient posées au répondant principal pour chacun des membres du ménage (QRI156 à QRI158 de 1992-1993). Ces questions ayant occasionné des problèmes de validité lorsque les résultats ont été comparés à ceux de la question sur la scolarité dans le QAA, l'ESS98 ne les a pas reprises. Les questions sur la principale source de revenu du ménage et sa durée (QRI159 et QRI160 de 1992-1993) n'ont pas été reprises non plus en 1998 à la demande du groupe ayant proposé les questions sur les caractéristiques sociodémographiques, car les informations n'ont pas été utilisées en 1992-1993.

Section XV - Environnement physique : air intérieur (QRI174 à QRI196)

Une série de questions sur l'environnement physique du domicile (QRI174 à QRI196) a été ajoutée à la demande du groupe de travail sur l'air ambiant et l'environnement physique dans le but d'étudier l'association entre certains déterminants environnementaux et les problèmes d'asthme et de rhinite allergique dans la population québécoise. Comme déjà mentionné dans la Section X - Symptômes respiratoires, les questions de la présente section servent à documenter la présence de divers déterminants potentiels dans l'environnement physique du domicile et leur relation avec les symptômes respiratoires : substances allergènes associées à la présence d'animaux ou d'acariens ou encore contaminants irritants provenant de l'utilisation de système de chauffage ou de la fumée de la cigarette. Cependant, les résultats sur les déterminants n'ont pas été présentés dans le rapport sur l'ESS98, mais ont fait l'objet d'un article dans la *Revue canadienne de santé publique* (Lévesque et autres, 2001).

La première question de la section porte sur le temps vécu au domicile actuel (QRI174) suivi de cinq questions sur le système de chauffage au domicile : radiateurs à l'eau chaude (QRI175), circulation d'air chaud (QRI176), radiateurs électriques (QRI177), poêle à bois ou foyer (QRI178) et autres méthodes (QRI179). Ces questions s'inspirent d'un questionnaire administré par intervieweur de l'*Étude européenne sur la santé respiratoire* (Burney et autres, 1994). La question qui porte sur la présence d'un système d'air conditionné (QRI180) s'inspire d'un questionnaire autoadministré de l'*Étude d'exposition au radon*[222] *dans les résidences de la province de Québec* (Lévesque et autres, 1997). Les quatre questions suivantes portent sur la ventilation naturelle au domicile c'est-à-dire la fréquence à laquelle fenêtres et/ou portes extérieures de la maison sont laissées ouvertes au printemps (QRI180), à l'été (QRI181), à l'automne (QRI183) et à l'hiver (QRI184). Ces dernières questions s'inspirent également de l'*Étude d'exposition au radon*[222] *dans les résidences de la province de Québec* (Lévesque et autres, 1997).

L'exposition à la fumée de tabac à la maison, mesurée par le nombre de personnes qui fument à l'intérieur du domicile tous les jours ou presque (QRI185), est aussi examinée. Cette question s'inspire des *Recommandations de l'atelier sur l'usage et la consommation de tabac* (Maladies chroniques au Canada, 1994). Les cinq questions suivantes portent sur la présence de tapis (QRI186 et QRI187) et d'animaux

(QRI188 à QRI190) à l'intérieur du domicile et à l'intérieur des chambres à coucher; elles s'inspirent également de l'*Étude européenne sur la santé respiratoire* (Burney et autres, 1994).

La dernière série de questions est posée seulement si l'entrevue sur le ménage a permis d'identifier quelqu'un du foyer qui souffre d'allergie (QRI73b, QRI74b, QRI75b, QRI75c) ou d'asthme (QRI82d). Lorsque c'est le cas, on demande si des modifications ont été apportées parce que quelqu'un du foyer souffre d'asthme ou d'allergie : a-t-on enlevé les tapis (QRI191), augmenté la ventilation (QRI192), réduit ou éliminé la consommation de tabac (QRI193), s'est-on défait des animaux domestiques (QRI194), a-t-on utilisé des méthodes de contrôle des acariens ou des mites de poussières (QRI195), a-t-on fait d'autres modifications (QRI196) et, si oui, lesquelles (QRI196a à c). L'ajout de ce type de questions a été suggéré par le comité d'orientation de l'enquête pour obtenir plus d'information sur les mesures entreprises par les personnes asthmatiques ou allergiques quant à leur environnement physique et pour aider à l'interprétation des réponses sur les déterminants de l'air intérieur dans ces ménages. Les questions ont été formulées par le groupe responsable de cette section.

Questions administratives (QRI197, QRI198, QRI198a, QRIG4 et QRIG4a)

Le QRI se termine avec cinq questions administratives adressées à l'intervieweur qui devait y répondre avant de poser les questions de sélection de l'EQLA. Le QRI s'adressant à un seul et même répondant du ménage qui répond non seulement pour lui-même, mais pour les autres membres du ménage, la première question tente de recueillir de l'information sur l'ampleur de la participation des membres du ménage aux questions posées à leur sujet (QRI197). La deuxième question porte sur l'absence de réponses pour l'un ou l'autre membre du ménage (QRI198) et, si c'est le cas, sur les raisons invoquées (QRI198a). Les questions QRIG4 ET QRIG4a permettent d'identifier les personnes ayant refusé le QAA et les raisons de leur refus. Ces questions étaient incluses dans la section d'identification lors des enquêtes précédentes. Le libellé de la question QRI197 a été reformulé en 1998. L'expression « Indiquer pour chacune des personnes, si elle a participé à l'entrevue » a été remplacée par « Indiquer pour chacune des personnes de 15 ans et plus du foyer si elle a fourni des réponses pour elle-même à la majorité des questions ».

SOURCES ET JUSTIFICATIONS DES QUESTIONS DU QRI - SOMMAIRE

Section d'identification (SI)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
Numéro d'intervieweur		SQ87 : FI9; ESS92-93 : FI6
Numéro de dossier		SQ87 : FI1; ESS92-93 : FI1
LANG	langue de l'entrevue	SQ87 : FI5; ESS92-93 : FI10
MENU	adresse (incluant le code région)	SQ87 : FI2, FI3; ESS92-93 : FI2, FI3
TEL	numéro de téléphone	SQ87 : FI10; ESS92-93 : FI4
NBTEL	nombre de numéros de téléphone dans le foyer incluant les numéros d'affaires, les numéros des enfants et les numéros cellulaires	Nouvelle question ajoutée pour les besoins particuliers de l'*Étude parallèle : étude réalisée en même temps que l'Enquête sociale et de santé 1998 pour évaluer un mode de collecte alternatif au face à face* (Lapointe et autres, à paraître), réalisée en 1998, auprès de 5 000 ménages indépendants de l'échantillon de l'ESS98 dont le QRI se fait au téléphone.
MULTI	nombre de logements pour les logements multiples	SQ87 : FI6; ESS92-93 : FI11
PIECE	nombre de pièces dans le logement	SQ87 : FI8; ESS92-93 : FI13
CONST	type de construction	SQ87 : FI7; ESS92-93 : FI12
PRENO	prénom de chaque individu du ménage	SQ87 : FI13; ESS92-93 : FI18
NOM	nom de chaque individu du ménage	SQ87 : FI13; ESS92-93 : FI18
SEXE	sexe de chaque individu du ménage	SQ87 : FI16; ESS92-93 : FI21
JO MO ANNE	date de naissance de chaque individu du ménage	SQ87 : FI14; ESS92-93 : FI19
AGVER	vérification du calcul de l'âge	SQ87 : FI15; ESS92-93 : FI20
STATU	état matrimonial légal de chaque individu du ménage	SQ87 : QAA138a; ESS92-93 : QAA180
AUTRE	autre personne du ménage	Nouvelle question informatique pour gérer l'entrevue.
DEPAN	individu temporairement hébergé dans le ménage n'ayant pas de domicile fixe ailleurs	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe de recherche ayant effectué une enquête sur les itinérants des régions de Montréal-Centre et de Québec en 1998-1999 (Fournier, 2001).
PRINC	lien principal entre les individus du ménage	SQ87 : FI17; ESS92-93 : FI22

Section d’identification (SI) (suite)

<table>
<tr><th colspan="2">Question(s) ESS98 :</th><th>Sources</th></tr>
<tr><td>PAREN</td><td>le fait d’être un parent ou un enfant</td><td>Nouvelle question ajoutée pour faciliter la reconnaissance des ménages non familiaux et familiaux.</td></tr>
<tr><td>MERE</td><td>le lien mère-enfant</td><td>SQ87 : FI18; ESS92-93 : FI23</td></tr>
<tr><td>PERE</td><td>le lien père-enfant</td><td>SQ87 : FI18; ESS92-93 : FI23</td></tr>
<tr><td>CODEP</td><td>code de parent (code informatique seulement)</td><td>Nouvelle question informatique pour gérer l’entrevue.</td></tr>
<tr><td>COUPL</td><td>vit ou non en couple</td><td>Nouvelle question ajoutée pour faciliter la reconnaissance des ménages non familiaux et familiaux.</td></tr>
<tr><td>CONJO</td><td>identification du conjoint</td><td>Nouvelle question ajoutée pour faciliter la reconnaissance des ménages non familiaux et familiaux.</td></tr>
<tr><td>CODEC</td><td>code de couple</td><td>(code informatique seulement)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Pour les femmes de 18 ans et plus vivant en couple seulement :
C01 depuis combien temps vit-elle en couple</td><td rowspan="2">Nouvelles questions ajoutées à la demande du groupe de travail sur l’Enquête sur la résolution des conflits conjugaux (Riou et autres, à paraître) pour établir la base de sondage de cette enquête.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Pour les femmes de 18 ans et plus ne vivant pas en couple seulement :
C02 si, au cours des 12 derniers mois, elle a vécu en couple durant une période minimale de deux mois</td></tr>
<tr><td>SITUA</td><td>type de situation qui correspond le mieux à l’organisation du ménage</td><td>ESS92-93 : FI29
Il est à noter qu’en 1998, la première catégorie de réponse a été modifiée pour la rendre plus précise : « personne seule » a été remplacée par « personne vit seule dans le ménage ». Une autre catégorie, soit « colocataires » a été ajoutée en 1998. Cette question permet de valider la construction de la typologie des familles.</td></tr>
</table>

Section I - Incapacité au cours des deux dernières semaines (QRI1 à QRI6)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI1	alitement	SQ87 :QRI10a; ESS92-93 : QRI1
QRI1a	nombre de jours	SQ87 : QRI10b; ESS92-93 :QRI2

Section I - Incapacité au cours des deux dernières semaines (QRI1 à QRI6) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI2	incapable d'exercer l'activité principale (tenir maison, travailler ou aller à l'école)	SQ87 : QRI11a; ESS92-93 : QRI3
QRI2a	nombre de jours	SQ87 : QRI11b; ESS92-93 : QRI4
QRI3	diminution des activités habituelles	SQ87 : QRI12a; ESS92-92 : QRI5
QRI3a	nombre de jours	SQ87 : QRI12b; ESS92-93 : QRI6
QRI4	nombre de jours total	SQ87 : QRI13a; ESS92-93 : QRI7
QRI5	principal problème de santé à l'origine de l'incapacité	SQ87 : QRI13b; ESS92-93 :QRI8
QRI6	si problème est dû à un accident	SQ87 : QRI13c
QRI6a	genre de blessure	SQ87 : QRI13d

Section II - Limitation des activités (QRI7 à QRI15)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI7	est restreint dans le genre ou la quantité d'activités (6 ans et plus)	SQ87 : QRI34a; ESS92-93 : QRI12a
QRI8	est restreint dans le genre ou la quantité de jeux (moins de 6 ans)	SQ87 : QRI25a; ESS92-93 : QRI12b (la formulation utilisée en 1992-1993 a été modifiée; le mot « jeux » a remplacé le mot « activités » en 1998).
QRI9	est restreint dans ses activités à la maison ou incapable de faire la plupart des travaux ménagers	SQ87 : QRI35a et QRI35b ESS92-93 : QRI14 et QRI15 (ces deux questions ont été combinées en 1998)
QRI10	est restreint dans sa capacité de travailler ou de poursuivre ses études	SQ87 : QRI36a et QRI37a (ces deux questions ont été combinées en 1992-1993) ESS92-93 : QRI16
QRI11	est restreint dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements	SQ87 : QRI38; ES92-93 : QRI18 (l'expression « à cause de son état de santé » a été ajoutée en 1992-1993)
QRI12	principal problème de santé qui impose ces restrictions	SQ87 : QRI30a (moins de 15 ans), QRI39a (15 ans et plus); ESS92-93 : QRI19
QRI13	si problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure	SQ87 : QRI30b (moins de 15 ans), QRI39b (15 ans et plus); ESS92-93 : QRI20

Section II – Limitation des activités (QRI7 à QRI15) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI13a	genre de blessure	SQ87 : QRI30c (moins de 15 ans), QRI39c (15 ans et plus)
QRI14	autres problèmes de santé qui restreignent dans ses activités	SQ87 : QRI31a (moins de 15 ans), QRI40a (15 ans et plus)
QRI14a	principal problème de santé parmi ces derniers	SQ87 : QRI31b (moins de 15 ans), QRI40b (15 ans et plus)
QRI15	si le problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure	SQ87 : QRI31c (moins de 15 ans), QRI40c (15 ans et plus)
QRI15a	si oui, préciser la blessure	SQ87 : QRI31d (moins de 15 ans), QRI40d (15 ans et plus)

Section III – Recours aux services de santé ou aux services sociaux (QRI16 à QRI32)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI16	médecin généraliste	SQ87 : QRI14a; ESS92-93 : QRI29
QRI16a	lieu de la dernière consultation	Basée sur deux questions : SQ87 : QRII5b; ESS92-93 : QRI83. En 1987 et 1992-1993, la question sur le lieu de consultation était ouverte; les catégories de réponse ont été ajoutées en 1998. Par ailleurs, l'ajout de la catégorie « pharmacie » rend difficile la comparaison avec les enquêtes antérieures.
QRI16b	consultation avec ou sans rendez-vous	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le recours aux services.
QRI16c	temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le recours aux services.
QRI16d	acceptabilité du temps d'attente	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le recours aux services.
QRI16e	distance parcourue (aller seulement)	ESS92-93 : QRI31 (la formulation utilisée en 1992-1993 a été légèrement modifiée afin de mieux préciser la question en 1998).
QRI16f	temps pour s'y rendre (aller seulement)	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le recours aux services.
QRI17	médecin spécialiste	SQ87 : QRI14b; ESS92-93 :QRI34

Section III – Recours aux services de santé ou aux services sociaux (QRI16 à QRI32) (suite)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QRI17a	lieu de la dernière consultation	Basée sur deux questions ouvertes : SQ87 : QRI15b et ESS92-93 : QRI83. En 1987 et 1992-1993, la question sur le lieu de consultation était ouverte; les catégories de réponses ont été ajoutées en 1998. Par ailleurs, l'ajout de la catégorie « pharmacie » rend difficile la comparaison avec les enquêtes antérieures.
QRI17b	consultation avec ou sans rendez-vous	Nouvelles questions ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le recours aux services.
QRI17c	temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation	
QRI17d	acceptabilité du temps d'attente	
QRI17e	distance parcourue (aller seulement)	ESS92-93 : QRI36 (la formulation utilisée en 1992-1993 a été légèrement modifiée afin de mieux préciser la question en 1998).
QRI17f	temps pour s'y rendre (aller seulement)	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le recours aux services.
QRI18	dentiste	SQ87 : QRI14c; ESS92-93 : QRI39
QRI19	infirmier(ère)	SQ87 : QRI14e; ESS92-93 : QRI44
QRI20	pharmacien(ne)	SQ87 : QRI14f; ESS92-93 : QRI48
QRI21	optométriste / opticien(ne)	SQ87 : QRI14g; ESS92-93 :QRI52
QRI22	physiothérapeute / ergothérapeute	SQ87 : QRI14h; ESS92-93 : QRI56
QRI23	chiropraticien(ne)	SQ87 : QRI14i
QRI24	acupuncteur(trice)	SQ87 : QRI14j
QRI25	autre praticien(ne) de médecine non traditionnelle	ESS92-93 : QRI61 (les exemples de chiropraticien(ne) et d'acupuncteur(trice) ont été enlevés de la question en 1998).
QRI26	psychologue	SQ87 : QRI14k; ESS92-93 : QRI66
QRI27	travailleur(euse) social(e)	SQ87 : QRI14l; ESS92-93 : QRI70 (la formulation utilisée en 1987 a été légèrement modifié en 1992-1993; toutefois, la question de 1998 reste identique à celle de 1992-1993).

Section III – Recours aux services de santé ou aux services sociaux (QRI16 à QRI32) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI28	diététiste / diététicien(ne)	ESS92-93 : QRI74
QRI29	toute autre personne qui applique des traitement ou qui donne des conseils	SQ87 : QRI14m; ESS92-93 : QRI78 (la formulation utilisée en 1987 a été légèrement modifié en 1992-1993; toutefois, la question de 1998 reste identique à celle de 1992-1993).
QRI30	dernière personne consultée	SQ87 : QRI15a; ESS92-93 : QRI82
QRI31	principal problème à l'origine de cette consultation	SQ87 : QRI15c; ESS92-93 : QRI84 (les catégories de réponse ajoutées en 1992-1993 ont été enlevées en 1998).
QRI32	lieu de la dernière consultation	Basée sur deux questions ouvertes : SQ87 : QRI15b et ESS92-93 : QRI83. En 1987 et 1992-1993, la question sur le lieu de consultation était ouverte; les catégories de réponses ont été ajoutées en 1998. Par ailleurs, l'ajout de la catégorie « pharmacie » rend difficile la comparaison avec les enquêtes antérieures.

Section IV - Consommation de médicaments (QRI33 à QRI48, Meda_1 à Medg_1)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI33	analgésiques	SQ87 : QRI16a; ESS92-93 : QRI89 (l'expression « pilules contre la douleur » utilisée en 1987 a été remplacée par « médicaments contre la douleur » en 1992-1993 et 1998).
QRI34	tranquillisants, sédatifs ou somnifères	SQ87 : QRI16b; ESS92-93 : QRI90
QRI35	médicaments pour le cœur ou la tension artérielle	SQ87 : QRI16c; ESS92-93 : QRI91
QRI36	antibiotiques	SQ87 : QRI16d; ESS92-93 : QRI92
QRI37	remèdes ou médicaments pour l'estomac	SQ87 : QRI16e; ESS92-93 : QRI93
QRI38	laxatifs	SQ87 : QRI16f; ESS92-93 : QRI94
QRI39	remèdes contre la toux ou le rhume	SQ87 : QRI16g; ESS92-93 : QRI95
QRI40	onguents pour la peau	SQ87 : QRI16h; ESS92-93 : QRI96
QRI41	vitamines ou minéraux	SQ87 : QRI16i; ESS92-93 : QRI97
QRI42	suppléments alimentaires	SQ87 : QRI16j; ESS92-93 : QRI98

Section IV - Consommation de médicaments (QRI33 à QRI48, Meda_1 à Medg_1) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI43	stimulants	SQ87 : QRI16k; ESS92-93 : QRI99
QRI44	pilule contraceptive (femmes de 12 ans et plus)	SQ87 : QRI16m; ESS92-93 : QRI100
QRI45	tout autre médicament	SQ87 : QRI16l; ESS92-93 : QRI101
Meda_1 à 20	préciser nom du médicament	SQ87 : QRI17d; ESS92-93 : QRI105
Medb_1 à 20	médicament obtenu sur l'avis d'un médecin	SQ87 : QRI17a; ESS92-93 : QRI102
Medc_1 à 20	prise de médicament de façon régulière	Nouvelle question inspirée de la question QRI103 de l'ESS92-93.
Medd_1 à 20	depuis combien temps prend-t-il(elle) à cette fréquence	ESS92-93 : QRI104
Mede_1 à 20	prise de médicament à l'occasion	Nouvelle question inspirée de la question QRI103 de l'ESS92-93.
Medf_1 à 20	principal problème de santé pour lequel la personne a pris le médicament	SQ87 : QRI17c; ESS92-93 : QRI106
Medg_1 à 20	prise d'un autre médicament du même type	Nouvelle question.
QRI46	remèdes contre l'asthme (12 derniers mois)	Nouvelles questions ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur l'air ambiant et l'environnement physique.
QRI47	remèdes contre le rhume des foins (12 derniers mois)	
QRI48	vaccin contre la grippe	Nouvelles questions proposées par le Comité de concertation en maladies infectieuses.
QRI48a	a reçu le vaccin sur la recommandation du médecin	

Section V - Accidents avec blessures (QRI49 à QRI71)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI49	accidents ayant causé des blessures et ayant entraîné des limitations d'activité	SQ87 : QRI23f ESS92-93 : QRI132 (en 1992-1993, le libellé de la question a été modifié afin d'avoir plus de précision, ce qui empêche la comparaison avec l'enquête de 1987. C'est la version de 1992-1993 qui a été utilisée en 1998).
QRI50	accidents ayant causé des blessures pour lesquelles la personne a consulté un médecin	ESS92-93 : QRI133

Section V - Accidents avec blessures (QRI49 à QRI71) (suite)

Question(s) ESS98 :	Sources
QRI51 accident de la route	SQ87 : QRI23g; ESS92-93 : QRI134
QRI52 accident de travail	SQ87 : QRI23g; ESS92-93 : QRI135
QRI53 accident à l'école	ESS92-93 : QRI136
QRI54 accident à la maison (intérieur)	ESS92-93 : QRI137
QRI55 accident dans un lieu de loisir ou de sport	ESS92-93 : QRI138
QRI56 accident dans un lieu public	ESS92-93 : QRI139
QRI57 accident à la maison (extérieur)	ESS92-93 : QRI140
QRI58 accident dans un autre endroit (préciser)	ESS92-93 : QRI141
QRI59 nombre d'accidents au cours des 12 derniers mois	SQ87 : QRI23i (en 1987, cette question a été posée pour les accidents « ailleurs » que sur la route ou au travail); ESS92-93 : QRI142

Section VI - Problèmes de santé (QRI72 à QRI104)

Question(s) ESS98 :	Sources
QRI60 principale blessure	SQ87 : QRI23j
QRI61 quand a eu lieu le dernier accident	ESS92-93 : QRI143
QRI62 d'autres problèmes de santé causés par le (les) accident(s)	SQ87 : QRI23m
QRI62a principal problème de santé	SQ87 : QRI23n
QRI63 circonstances de l'accident de la route	Les nouvelles questions QRI63 à QRI70 sont basées sur deux questions qui proviennent de la question HLT-Q41 de l'ENSP94-95 et de la question INJ-Q6 de l'ELNE94.
QRI64 circonstances de l'accident de travail	
QRI65 circonstances de l'accident à l'école	
QRI66 circonstances de l'accident à l'intérieur de la maison	
QRI67 circonstances de l'accident dans un lieu de loisir ou de sport	
QRI68 circonstances de l'accident dans un lieu public	

Section VI - Problèmes de santé (QRI72 à QRI104) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI69	circonstances de l'accident à l'extérieur de la maison	Les nouvelles questions QRI63 à QRI70 sont basées sur deux questions qui proviennent de la question HLT-Q41 de l'ENSP94-95 et de la question INJ-Q6 de l'ELNE94.
QRI70	circonstances de l'accident dans un autre endroit	
QRI71	l'activité en cause pour les accidents survenus à bicyclette ou lors de la pratique d'une activité récréative ou sportive	Nouvelle question proposée par la Régie de la sécurité dans les sports du Québec.
QRI72	anémie	SQ87 : QRI45a
QRI73	maladie de la peau ou allergies cutanées	SQ87 : QRI45b
	...s'agit-il :	Nouvelles sous-questions ajoutées afin d'avoir plus de précision.
QRI73a	d'une maladie de la peau	
QRI73b	d'allergies cutanées	
QRI74	rhume des foins	SQ87 : QRI45d
QRI75	autres allergies	SQ87 : QRI45c
QRI75a	allergies aux aliments	Nouvelles sous-questions ajoutées afin d'avoir plus de précision.
QRI75b	allergies aux animaux	
QRI75c	autres allergies (préciser)	
QRI76	sérieux maux de dos ou de la colonne	SQ87 : QRI45e
QRI76a	maux du dos	Nouvelles sous-questions ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la santé au travail.
QRI76b	maux du haut du dos	
QRI76c	maux du bas du dos	
QRI77	arthrite ou rhumatisme	SQ87 : QRI45f
QRI77a	usures des articulations ou d'arthrose	Nouvelle sous-question ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la santé au travail.
QRI78a	autre problème sérieux des os ou des articulations	SQ87 : QRI45g
QRI78b	autre problème sérieux des muscles ou des tendons	Nouvelles sous-questions ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la santé au travail.
QRI78c	tendinite, bursite, épicondylite, etc.	
QRI78d	compression ou pincement de nerf	
QRI78e	problème de douleur musculaire généralisée	
QRI79	cancer	SQ87 : QRI45h

Section VI - Problèmes de santé (QRI72 à QRI104) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI80	paralysie cérébrale	SQ87 : QRI45i
QRI81	diabète	SQ87 : QRI45j
QRI82	emphysème, bronchite, toux persistante ou asthme	SQ87 : QRI45k
QRI82a QRI82b QRI82c QRI82d	emphysème bronchite toux persistante asthme	Nouvelles sous-questions ajoutées afin d'avoir plus de précision.
QRI83	déficience mentale ou intellectuelle	SQ87 : QRI45l
QRI84	dépression	SQ87 : QRI45m
QRI85	épilepsie	SQ87 : QRI45n
QRI86	hypertension	SQ87 : QRI45o
QRI87	maladie du cœur	SQ87 : QRI45p
QRI88	troubles urinaires ou maladie du rein	SQ87 : QRI45q
QRI89	ulcères d'estomac	SQ87 : QRI45r
QRI90	autres troubles digestifs	SQ87 : QRI45s
QRI90a	préciser le problème	Nouvelle sous-question afin d'avoir plus de précision sur les troubles digestifs en émergence.
QRI91	goitre ou troubles de la thyroïde	SQ87 : QRI45t
QRI92	migraines ou maux de tête fréquents	SQ87 : QRI45u
QRI93	incapacité ou handicap à la suite de la perte d'un membre	SQ87 : QRI45v
QRI94	paralysie à la suite d'un accident	SQ87 : QRI45w
QRI95	paralysie à la suite d'une attaque ou d'une hémorragie cérébrale	SQ87 : QRI45x
QRI96	périodes de grande nervosité ou d'irritabilité	SQ87 : QRI45y
QRI97	périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes	SQ87 : QRI45z
QRI97a QRI97b	maladie d'Alzheimer autre problème (préciser)	Nouvelles sous-questions ajoutées afin d'avoir plus de précision sur les problèmes de santé chroniques en émergence.

Section VI - Problèmes de santé (QRI72 à QRI104) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI98	incapacité ou handicap dus à l'obésité	SQ87 : QRI45aa
QRI99	périodes de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser que quelqu'un l'espionne	SQ87 : QRI45bb
QRI100	cataractes	Nouvelles questions ajoutées afin d'avoir plus d'information sur les problèmes de santé chroniques en émergence.
QRI101	maladies de la rétine	
QRI102	glaucome	
QRI103	tout autre problème de santé chronique	SQ87 : QRI46a
QRI103a	problème de santé (préciser)	SQ87 : QRI46b
QRI104	période de maladie ou encore des symptômes ou des problèmes de santé au cours des 4 derniers mois	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le recours aux services sociaux et de santé. Cette question n'a pas encore fait l'objet d'une analyse.

Section VII - Chirurgies d'un jour (QRI105 à QRI117)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI105	chirurgie d'un jour au cours des 12 derniers mois	Nouvelles questions ajoutées afin de mieux documenter les récentes transformations dans les services médicaux. À noter que les questions QRI112a à QRI112f et QRI115a à QRI115f s'inspirent des questions QRI21 et QRI22 de l'ESS92-93 et de la question Q32b, formule 06, de l'*Enquête auprès des peuples autochtones.* Toutefois, les formulations différentes rendent toute comparaison impossible.
QRI106	nombre de fois	
QRI107	principal problème à l'origine de la dernière chirurgie d'un jour	
QRI108	délai d'attente	
QRI109	acceptabilité du temps d'attente	
QRI110	suffisance de ne pas avoir passé au moins une nuit à l'hôpital	
QRI111	a reçu des traitements à domicile	
Si oui à QRI111, qui a fourni ces traitements?		
QRI112a	personne vivant dans le ménage	
QRI112a1	personne apparentée vivant dans le ménage	
QRI112b	personne apparentée ne vivant pas dans le ménage	
QRI112c	ami(e) ou voisin(e)	

Section VII - Chirurgies d'un jour (QRI105 à QRI117) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI112d	quelqu'un du CLSC	Nouvelles questions ajoutées afin de mieux documenter les récentes transformations dans les services médicaux. À noter que les questions QRI112a à QRI112f et QRI115a à QRI115f s'inspirent des questions QRI21 et QRI22 de l'ESS92-93 et de la question Q32b, formule 06, de l'*Enquête auprès des peuples autochtones.* Toutefois, les formulations différentes rendent toute comparaison impossible.
QRI112e	personne embauchée à titre privé	
QRI112f	quelqu'un d'autre	
QRI113	a déboursé de l'argent pour ces services	
QRI114	a reçu de l'aide à domicile	
Si oui à QRI114, qui a fourni cette aide?		
QRI115a	personne vivant dans le ménage	
QRI115a1	personne apparentée vivant de le ménage	
QRI115b	personne apparentée ne vivant pas dans le ménage	
QRI115c	ami(e) ou voisin(e)	
QRI115d	quelqu'un du CLSC	
QRI115e	personne embauchée à titre privé	
QRI115f	quelqu'un d'autre	
QRI116	déboursé de l'argent pour ces services	
QRI117	suffisance de cette aide	

Section VIII – Hospitalisations (QRI118 à QRI132)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI118	hospitalisation au cours des 12 derniers mois	Nouvelles questions qui s'inspirent de la question SQ-1G de l'enquête SQ87; toutefois, la formulation différente rend toute comparaison impossible.
QRI119	nombre de fois	
QRI120	principal problème à l'origine de la dernière hospitalisation	Nouvelles questions ajoutées afin de mieux documenter les transformations dans les services médicaux. À noter que les questions QRI127a à QRI127f et QRI130a à QRI130f s'inspirent des questions QRI21 et QRI22 de l'ESS92-93 et de la question Q32b, formule 06, de l'*Enquête auprès des peuples autochtones.* Toutefois, les formulations différentes rendent toute comparaison impossible.
QRI121	nombre de nuits passées à l'hôpital	
QRI122	raison principale de cette hospitalisation	
QRI123	délai d'attente	

Section VIII – Hospitalisations (QRI118 à QRI132) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI124	acceptabilité du temps d'attente	Nouvelles questions ajoutées afin de mieux documenter les transformations dans les services médicaux. À noter que les questions QRI127a à QRI127f et QRI130a à QRI130f s'inspirent des questions QRI21 et QRI22 de l'ESS92-93 et de la question Q32b, formule 06, de l'*Enquête auprès des peuples autochtones.* Toutefois, les formulations différentes rendent toute comparaison impossible.
QRI125	suffisance du temps passé à l'hôpital	
QRI126	a reçu des traitements à domicile	
Si oui à QRI126,	qui a fourni ces traitements?	
QRI127a	personne vivant dans le ménage	
QRI127a1	personne apparentée vivant dans le ménage	
QRI127b	personne apparentée ne vivant pas dans le ménage	
QRI127c	ami(e) ou voisin(e)	
QRI127d	quelqu'un du CLSC	
QRI127e	personne embauchée à titre privé	
QRI127f	quelqu'un d'autre	
QRI128	a déboursé de l'argent pour ces services	
QRI129	a reçu de l'aide à domicile	
Si oui à QRI129	qui a fourni cette aide?	
QRI130a	personne vivant dans le ménage	
QRI130a1	personne apparentée vivant dans le ménage	
QRI130b	personne apparentée ne vivant pas dans le ménage	
QRI130c	ami(e) ou voisin(e)	
QRI130d	quelqu'un du C.L.S.C.	
QRI130e	personne embauchée à titre privé	
QRI130f	quelqu'un d'autre	
QRI131	a déboursé de l'argent pour ces services	
QRI132	suffisance de cette aide	

Section IX - Questions sur les problèmes de santé déclarés (PS) (PSa1 à 20 à PSi1 à 20)

Question(s) ESS98 :	Sources
PSa_1 depuis quand la personne a ce problème	SQ87 : QRI SQ-1a; des modifications ont été apportées aux catégories de réponse en 1998 par le comité de travail sur le QRI, après examen des résultats du prétest.
PSb_1 problème confirmé par un médecin	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur l'air ambiant et l'environnement (section XV).
PSc_1 à quand remonte la dernière consultation	SQ87 : QRI SQ-1b
PSd_1 type de professionnel consulté	SQ87 : QRI SQ-1c
PSe_1 nombre de fois, au cours des 4 derniers mois, où la personne l'a consulté	SQ87 : QRI SQ-1d; en 1998, l'expression «...a-t-il(elle) consulté *ce professionnel/cette personne…*» a été ajoutée afin d'être plus précis.
PSe_1 nombre de fois, au cours des 4 derniers mois, où la personne l'a consulté	SQ87 : QRI SQ-1d; en 1998, l'expression «...a-t-il(elle) consulté *ce professionnel/cette personne…*» a été ajoutée afin d'être plus précis.
PSf_1 si la personne a consulté quelqu'un d'autre pour son problème au cours des 4 derniers mois	Nouvelle question basée sur la question QRI SQ-1d de l'enquête SQ87.
PSg1_1 types de professionnels consultés PSg2_1 PSg3_1	SQ87 : QRI SQ-1c
PSh_1 plus de trois professionnels mentionnés	Nouvelle question ajoutée afin d'avoir plus de précision sur nombre de professionnels consulté.
PSi1_1 pour chaque professionnel consulté, nombre de fois au cours des 4 derniers mois	SQ87 : QRI SQ-1d; en 1998, l'expression «...a-t-il(elle) consulté ce professionnel/cette personne...» a été ajoutée afin d'être plus précis.

Section X - Symptômes respiratoires (QRI133 à QRI136)

Question(s) ESS98 :	Sources
QRI133 sifflements dans la poitrine au cours des 12 derniers mois	Nouvelle question inspirée de la Q1 du questionnaire administré par intervieweur de l'*Étude européenne sur la santé* (Burney et autres,1994) et d'une question du tableau 5 du NHANES (Evans et autres,1987).

Section X - Symptômes respiratoires (QRI133 à QRI136) (suite)

Question(s) ESS98 :	**Sources**
QRI134 sifflements dans la poitrine presque tous les jours ou toutes les nuits au cours des 12 derniers mois	Nouvelle question inspirée de la Q1 du questionnaire administré par intervieweur de l'*Étude européenne sur la santé* (Burney et autres,1994) et des questions 10 et 10a du questionnaire autoadministré de l'*Étude de la santé respiratoire chez les jeunes de Montréal :* (Ernest et autres,1995).
QRI135 sifflements lorsque la personne n'était pas enrhumée	Nouvelle question inspirée de la Q1.2 du questionnaire administré par intervieweur de l'*Étude européenne sur la santé* (Burney et autres,1994).
QRI136 crise de sifflements dans la poitrine qui a essoufflé la personne, même légèrement	Nouvelle question inspirée de la Q1.1 du questionnaire administré par intervieweur de l'*Étude Européenne sur la santé* (Burney et autres,1994) et de la Q11 du questionnaire autoadministré de l'*Étude de la santé respiratoire chez les jeunes de Montréal (*Ernest et autres,1995).

Section XI - Vision et audition (QRI137 à QRI140)

Question(s) ESS98 :	**Sources**
QRI137 la personne voit assez bien les caractères ordinaires du journal sans lunettes ou verres de contacts	Cette question s'inspire de la question QAA75c de l'enquête de 1987.
QRI138 la personne voit assez bien pour reconnaître un(e) ami(e) de l'autre côté de la rue sans lunettes ou sans verres de contacts	Cette question s'inspire de la question QAA75d de l'enquête de 1987.
QRI139a la personne est capable d'entendre et de comprendre ce qu'une personne lui dit dans une pièce silencieuse : ...si la personne lui parle à voix élevée QRI139b ...si la personne lui parle à voix normale QRI139c ...si la personne lui parle à voix basse	Traduction libre d'une question utilisée dans de vastes enquêtes en Grande-Bretagne (Davis, 1983 et 1989) et en Australie (Wilson et autres, 1992).
QRI140 a consulté un professionnel de la santé pour sa difficulté à entendre	Nouvelle question ajoutée afin de confirmer le problème d'audition.

Section XII - Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé (QRI141 à QRI152)

Question(s) ESS98 :	Sources
QRI141 couverture par une assurance privée qui défraie au moins en partie, les dépenses non assurées par l'assurance maladie du Québec	QRI88, ESS92-93
QRI142 police d'assurance individuelle ou familiale obtenue dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle	Ces nouvelles sous-questions ont été ajoutées afin d'obtenir un meilleur portrait de la couverture des frais de santé par des régimes d'assurance privée, de la couverture par le régime obligatoire d'assurance médicaments mis en place par le gouvernement du Québec en janvier 1997 et de la couverture par des programmes d'aide gouvernementale.
QRI143 police d'assurance individuelle ou familiale obtenue directement d'un courtier ou d'une compagnie d'assurance	
QRI144 autre type d'assurances	
QRI145 soins hospitaliers, tels que frais pour une chambre privée ou semi-privée, couverts en totalité ou en partie	
QRI146 médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste couverts en totalité ou en partie	
QRI147 soins dentaires couverts en totalité ou en partie	
QRI148 examens de la vue couverts en totalité ou en partie	
QRI149 lunettes et verres de contact couverts en totalité ou en partie	
QRI150 services fournis par certains professionnels de la santé, autres que des médecins, en totalité ou en partie	
QRI151 inscrit au Programme d'assurance-médicaments du Québec	
QRI152 couverture par un autre programme d'aide gouvernemental qui paie, en partie ou en totalité, les soins de santé tels les examens de la vue, les soins dentaires...	

Section XIII - Sécurité alimentaire (QRI153 à QRI156)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI153	monotonie du régime	Ces nouvelles questions s'inspirent du Questionnaire Radimer/Cornell validé aux États-Unis (Radimer et autres, 1992; Kendal et autres, 1995) et dont l'utilité pour estimer la prévalence au Québec a été évaluée dans une étude exploratoire auprès d'un échantillon non aléatoire (Hamelin, 1999).
QRI154	restriction de l'apport alimentaire	
QRI155	incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants du ménage par manque de ressources financières (posée uniquement aux personnes des ménages ayant des enfants de moins de 18 ans)	
QRI156	nombre de jours au cours du dernier mois pendant lesquels les membres du foyer ont manqué de nourriture ou d'argent pour acheter de la nourriture (posée uniquement aux personnes qui avaient répondu positivement à au moins une des trois questions précédentes)	Cette nouvelle question a été tirée des « Food Sufficiency Questions » du « NHANES III Family Questionnaire » (Briefel et Woteki, 1992).

Section XIV - Renseignements sociodémographiques (QRI157 à QRI172, QRI173a à QRI173e)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI157	lieu de naissance	SQ87 : QRI48a; ESS92-93 : QRI144 Cette question est nécessaire au calcul de l'indice d'appartenance ethnoculturelle.
QRI158	l'année où la personne est venue s'établir au Canada	SQ87 : QRI48b; ESS92-93 : QRI145
QRI159	occupation habituelle au cours des 12 derniers mois (15 ans et plus)	ESS92-93 : variable RACTP de la Section d'identification. Il est à noter que les catégories de réponse ont été modifiées en 1998 afin d'avoir plus de précision mais la question demeure comparable à celle de 1992-1993.
QRI160	occupation habituelle au cours des 2 dernières semaines (15 ans et plus)	SQ87 : variable I42 de la Section d'identification; ESS92-93 : variable RAC2 de la Section d'identification. Il est à noter que les catégories de réponse ont été modifiées en 1998 afin d'avoir plus de précision mais la question demeure comparable à celles de 1987 et de 1992-1993.
QRI161	emploi actuel	SQ87 : QRI51a; ESS92-93 : QRI146
QRI162	depuis combien de temps la personne occupe son travail	SQ87 : QRI51b; ESS92-93 : QRI147

Section XIV - Renseignements sociodémographiques (QRI157 à QRI172, QRI173a à QRI173e) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI163 depuis combien de temps la personne est sans emploi		SQ87 : QRI51c; ESS92-93 : QRI148
QRI164	pendant combien de temps la personne a travaillé au cours des 12 derniers mois	ESS92-93 : QRI149
QRI165	description du genre de travail que la personne fait	SQ87 : QRI52b; ESS92-93 : QRI150. Le libellé de cette question a été légèrement modifié en 1998 afin de fournir plus d'exemples de travail; toutefois, la question demeure comparable à celles de 1987 et de 1992-1993.
QRI166	description du genre d'entreprise, d'activité économique ou de service dans lequel la personne travaille	SQ87 : QRI52c; ESS92-93 : QRI151. Le libellé de cette question a été légèrement modifié en 1998 afin de fournir plus d'exemples d'entreprise, etc. Toutefois, la question demeure comparable à celles de 1987 et de 1992-1993.
QRI167	municipalité de l'entreprise	Nouvelle question proposée par le groupe ayant proposé les questions sur le travail et la santé; elle a été ajoutée afin de distinguer le lieu de résidence et le lieu de travail.
QRI168	nombre d'heures travaillées par semaine	SQ87 : QRI52d; ESS92-93 : QRI152
QRI169	travail saisonnier	SQ87 : QRI52e; ESS92-93 : QRI153
QRI170	si la personne a un autre travail	SQ87 : QRI52f; ESS92-93 : QRI154
QRI171	nombre d'heures travaillées dans cet autre travail	ESS92-93 : QRI155. Le libellé de cette question a été légèrement modifié en 1998 afin d'être plus précise. Toutefois, la question demeure comparable à celle de 1992-1993.
QRI172	revenu global (brut) du ménage provenant de toutes sources	SQ87 : QRI54; ESS92-93 : QRI161. La question de 1992-1993 diffère de celui de 1987; la formulation a été modifiée entre les deux enquêtes afin d'améliorer le taux de réponse, mais demeure la même entre 1992-1993 et 1998.Cette question est nécessaire au calcul de l'indice de niveau de revenu. L'indice n'est toutefois pas comparable entre les trois enquêtes pour les raisons suivantes : les seuils n'ont pas été ajustés pour tenir compte de l'inflation, quoique faible, observée depuis 1993-1993, et la répartition de la non-réponse diffère entre les deux enquêtes.

Section XIV - Renseignements sociodémographiques (QRI157 à QRI172, QRI173a à QRI173e) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI173a	périodes durant lesquelles le foyer a eu le service téléphonique au cours des 12 derniers mois	Questions posées pour les besoins particuliers de l'*Étude parallèle : étude réalisée en même temps que l'Enquête sociale et de santé 1998 pour évaluer un mode de collecte alternatif au face à face* (Lapointe et autres, à paraître).
QRI173b	nombre de mois que le foyer a eu le service téléphonique	
QRI173c	périodes durant lesquelles le foyer n'a pas eu de service téléphonique	
QRI173d	périodes durant lesquelles le foyer n'a pas eu de service téléphonique aux X numéros de téléphone en même temps	
QRI173e	durée totale des interruptions de service téléphonique	

Section XV - Environnement physique : air intérieur (QRI174 à QRI196)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI174	durée du temps vécu au domicile actuel	Nouvelles questions qui s'inspirent du questionnaire administré par l'intervieweur de l'*Étude européenne sur la santé respiratoire* (Burney et autres, 1994). Le QRI174 s'inspire de la question 33 de la version française du questionnaire administré par l'intervieweur et de la question 32 de la version anglaise de ce questionnaire. Les QRI175 à QRI179, s'inspirent des questions 38 et 37 des versions française et anglaise respectivement de ce même questionnaire.
QRI175	radiateurs à l'eau chaude	
QRI176	circulation d'air chaud	
QRI177	radiateurs électriques	
QRI178	poêle à bois un foyer	
QRI179	autres méthodes	
QRI180	système d'air conditionné	Nouvelles questions qui s'inspirent d'un questionnaire autoadministré de l'*Étude d'exposition au radon*[222] *dans les résidences de la province de Québec* (Lévesque et autres, 1997). Le QRI180 s'inspire de la question 16 du questionnaire autoadministré, et les QRI181 à QRI184 de la question 15 de ce questionnaire.
Fréquence où fenêtres et/ou portes extérieures sont laissées ouvertes...		
QRI181	au printemps	
QRI182	à l'été	
QRI183	à l'automne	
QRI184	à l'hiver	

Section XV - Environnement physique : air intérieur (QRI174 à QRI196) (suite)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QRI185	nombre de personnes qui fument à l'intérieur de la maison tous les jours ou presque	Nouvelle question qui s'inspire des «Recommandations de l'atelier sur l'usage et la consommation de tabac » tiré de Maladies chroniques au Canada (1994).
QRI186	présence d'un tapis mur à mur ou dont la superficie est importante dans la pièce utilisée le plus pendant la journée	Nouvelles questions qui s'inspirent du questionnaire administré par l'intervieweur de l'*Étude européenne sur la santé respiratoire* (Burney et autres, 1994). Le QRI186 s'inspire de la question 41 de la version française et le QRI187 de la question 40 de la version anglaise.
QRI187	présence d'un tapis mur à mur ou dont la superficie est importante dans la chambre à coucher	
QRI188	possède un ou des chats	Les QRI188 et 188a s'inspirent des questions 48, 48.1 de la version française et des questions 42, 42.1 et 42.2 de la version anglaise.
QRI88a	laisse rentrer le(les) chat(s) dans la chambre à coucher	
QRI189	possède un ou des chiens	Les QRI189 et QRI189a s'inspirent des questions 49, 49.1 de la version française et des questions 43, 43.1 et 43.2 de la version anglaise.
QRI189a	laisse rentrer le(les) chien(s) dans la chambre à coucher	
QRI190	possède d'autres animaux à poil ou des oiseaux à l'intérieur du domicile	Les QRI190 et QRI190a s'inspirent des questions 50 et 51 de la version française et des questions 44 et 45 de la version anglaise.
QRI190a	laisse rentrer l'autre(s) animal(aux) ou oiseau(x) dans la chambre à coucher	
L'une ou l'autre des modifications suivantes apportées à l'intérieur du domicile parce que quelqu'un du foyer souffre d'asthme ou d'allergie :		À la suggestion du comité de l'orientation de l'enquête, nouvelles questions proposées par le groupe de travail sur l'air ambiant et l'environnement physique.
QRI191	a enlevé les tapis	
QRI192	a augmenté la ventilation	
QRI193	a réduit ou éliminé la consommation de tabac	
QRI194	s'est défait des animaux domestiques	
QRI195	a utilisé des méthodes de contrôle des acariens ou des mites de poussière	

Section XV - Environnement physique : air intérieur (QRI174 à QRI196) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QRI196	autres modifications	
QRI196a à QRI196c	si oui, lesquelles	

* N.B. : Les résultats sur les divers déterminants potentiels dans l'environnement physique et leur relation avec les symptômes respiratoires n'ont pas été présentés dans le rapport sur l'ESS98 mais ont fait l'objet d'un article dans la *Revue canadienne de santé publique* (Lévesque et autres, 2001).

Questions administratives (QRI197, QRI198, QRI198a, QRIG4 et QRIG4a)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA197	ampleur de la participation des autres membres du foyer de 15 ans et plus	SQ87 : FI19; ESS92-93 : FI24 Le libellé de la question a été modifié en 1998 : l'expression « Indiquer pour chacune des personnes, si elle a participé à l'entrevue » a été remplacée par « Indiquer pour chacune des personnes de 15 ans et plus du foyer si elle a fourni des réponses pour elle-même à la majorité des questions ».
QAA198	absence de réponses pour l'un ou l'autre membre du ménage	SQ87 : FI20; ESS92-93 : FI25
QAA198a	si c'est le cas, les raisons invoquées	SQ87 : FI21; ESS92-93 : FI26
QAA-G4	identification des personnes ayant refusé le QAA	SQ87 : FI22; ESS92-93 : FI27
QAA-G4a	si c'est le cas, les raisons invoquées	ESS92-93 : FI28

11. Questionnaire autoadministré (QAA)

Section I - Votre santé en général (QAA1)

Dans cette section, la perception ou l'autoévaluation de l'état de santé de l'individu est mesuré par le biais d'une seule question ou indicateur (QAA1). « Cet indicateur est considéré comme fiable et valide en raison de sa corrélation avec d'autres indicateurs représentant des dimensions spécifiques de la santé établies par de nombreuses études [Santé Québec, 1988; Shadbolt, 1997] » (Levasseur, 2000). La formulation de la question est la même que celle des enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993.

Section II - Votre poids (QAA2 à QAA7)

Les questions de cette section portent sur la grandeur (QAA2), le poids (QAA3) de même que sur le désir de changer de poids (QAA4), le poids souhaité (QAA5) et les raisons invoquées pour changer de poids (QAA6). Une dernière question (QAA7) porte sur l'essai de perdre du poids présentement; cependant, les résultats de cette question n'ont pas encore été traités.

Comme en 1987 et en 1992-1993, les questions sur la grandeur et le poids permettent de calculer l'indice de masse corporelle. Cet indice est dérivé du rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'une personne (en mètres); les femmes enceintes sont exclues du calcul. Les seuils retenus ici pour les catégories de poids sont tirés de trois sources : l'OMS (1998), le rapport d'un groupe d'experts des normes pondérales (Santé et Bien-être social Canada, 1988) et Payette et autres (1994) (schéma 11.1).

Schéma 11.1
Seuils retenus pour l'indice de masse corporelle (IMC) selon l'âge, population de 15 ans et plus, *Enquête sociale et de santé 1998*

	15-19 ans	20-64 ans	65-80 ans	81 ans et plus
Poids insuffisant	< 19	< 20	< 24	< 24
Poids acceptable	? 19 à < 25	? 20 à < 27	? 24 à < 27	? 24 à < 29
Poids santé	?	? 20 à < 25	?	?
Début d'excès de poids	?	? 25 à < 27	?	?
Excès de poids	? 25	? 27	? 27	? 29
Embonpoint	?	? 27 à < 30	?	?
Obésité	?	? 30 à < 35	?	?
Obésité sévère	?	? 35	?	?

Source : Payette et autres, 1994; Santé et Bien-être social Canada, 1988; OMS, 1998.

L'utilisation dans l'enquête de 1998 de l'indice de masse corporelle comme indicateur principal tel que cela a été fait lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, permet de suivre l'évolution du poids corporel de la population en fonction de l'âge et du sexe. Toutefois, les seuils de 1998 sont légèrement différents de ceux utilisés dans les enquêtes précédentes. Pour pouvoir comparer les résultats et évaluer les tendances entre les trois enquêtes, les données de 1987 et de 1992-1993 ont été recalculées avec les nouveaux seuils.

Contrairement à l'enquête de 1992-1993, dans le cadre de laquelle on se limitait à demander le poids corporel souhaité (QAA5), une question a été ajoutée pour savoir si les gens désiraient ou non changer de poids (QAA4). L'ajout de cette dernière question empêche la comparaison de QAA5 avec les résultats de 1987 et de

1992-1993.

De la même façon, une série de questions cherchant à déterminer les raisons invoquées pour changer de poids ont été introduites (QAA6a à QAA6f). Le libellé de la question (« Pourquoi désirez-vous changer de poids? ») s'inspire de la question 4 d'une étude menée par le Gallop Poll (1984). Toutefois, les catégories de réponse s'inspirent des questions B1, C5 et C8 de l'*Enquête Promotion de la santé Canada 1990* (Santé et Bien-être social Canada, 1993).

Comme dans les enquêtes précédentes, le désir de changer de poids est estimé à partir du poids désiré et du poids actuel déclaré par le répondant. Les femmes enceintes sont également exclues du calcul.

Section III - Les habitudes alimentaires (QAA8 à QAA11)

Les questions qui font l'objet de cette section portent sur la perception des habitudes alimentaires (QAA8), la fréquence de consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête (QAA9a à QAA9c) et la solitude au moment des repas (QAA10 et QAA11). C'est la première fois que ces thèmes sont abordés dans une enquête générale de Santé Québec.

La question sur la perception des habitudes alimentaires (QAA8) a servi à l'élaboration de l'indice d'autoévaluation de la qualité des habitudes alimentaires. Introduit dans l'*Enquête Promotion Santé Canada* de 1985 (Santé et Bien-être social Canada, 1988), l'indice faisait partie de l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (EQN90) (Santé Québec, 1995). Il a aussi été utilisé dans les enquêtes de l'Institut national de la nutrition effectuées en 1989, 1994 et 1997 (NIN,1997) offrant ainsi une comparabilité canadienne pour cette question.

La fréquence de consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer au cours des 7 derniers jours a été évaluée à partir de trois questions : fréquence de la consommation des repas congelés (QAA9a), des repas livrés à la maison (QAA9b) et des repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte (QAA9c). Ces questions faisaient aussi l'objet d'analyses lors de l'EQN90. La période de référence de 7 jours a toutefois été préférée à celle de 2 jours utilisée en 1990 afin de répartir la consommation des repas préparés à l'extérieur sur l'ensemble de la semaine. Cela permet d'éviter les biais liés aux achats de fin de semaine. Un indice regroupant les résultats de ces trois questions a permis de caractériser les divers groupes de la population en fonction de la fréquence de consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer en quatre catégories. Il est à noter que la période de référence de 7 jours utilisée en 1998 ne permet pas de comparaison directe avec les données de 1990.

Deux questions traitent la solitude au moment du repas : la première demande si la personne mange habituellement avec le(la) conjoint(e) ou avec d'autres personnes de 15 ans et plus (QAA10) et la deuxième, si la personne mange habituellement avec des enfants de moins de 15 ans (QAA11). Ces questions proviennent aussi de l'EQN90. Un indice, basé sur ces deux questions, a permis de classifier les individus selon qu'ils prennent habituellement leurs repas à domicile seul ou avec d'autres.

Section IV - Activité physique (QAA12 à QAA19)

Le thème de l'activité physique a été examiné à l'aide de huit questions. Elles portent sur la fréquence de la pratique de l'activité physique de loisir au cours des 3 derniers mois (QAA12), sur certains déterminants de la participation aux activités physiques soit, l'intention de pratiquer régulièrement (QAA13), l'attitude face à la pratique régulière (QAA14) et la perception du contrôle de la pratique régulière (QAA15), sur les stades

d’adoption du comportement (QAA16) ainsi que sur la popularité des activités au cours des 12 derniers mois

(QAA17 et QAA18). Une dernière question aborde l'activité physique au travail (QAA19). Il est à noter que les questions QAA13, QAA14, QAA15 et QAA16 ont été commandées et payées par Kino-Québec, programme du Secrétariat au loisir et au sport du MSSS.

Quant aux sources des questions QAA12 à QAA15 et QAA17 à QAA18, elles proviennent de l'enquête de 1992-1993, et la question QAA19, de l'enquête de 1987, ce qui permet la comparaison entre les enquêtes. Il est à noter que l'illustration qui accompagnait la question sur l'activité physique au travail (QAA19) en 1987, n'a pas été reprise en 1998; on estime que ce retrait n'empêche pas la comparaison entre les deux enquêtes. Pour les questions QAA17 et QAA18 (popularité de chacune des activités), les résultats ne peuvent être comparés avec ceux de l'ESS92-93, car la formulation de ces deux questions a dû être modifiée afin de recueillir plus d'information sur les types d'activités physiques et la fréquence de pratique de chacune au cours des 12 derniers mois.

S'inspirant d'une question de Marcus et autres (1992), la question QAA16 (stades de comportement), constitue un ajout par rapport aux enquêtes antérieures. Les résultats de cette question (QAA16) et de celles qui portent sur l'attitude envers la pratique de l'activité physique (QAA14) et la perception du contrôle (QAA15) n'ont pas été présentés dans le rapport de l'ESS98. Ils seront éventuellement abordés dans des articles scientifiques.

Soulignons qu'un sous-échantillon de répondants de l'ESS98 ont répondu à l'*Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998* (Nolin et autres, à paraître), enquête téléphonique d'une quinzaine de minutes portant spécifiquement sur le sujet, comme ce fut le cas lors de l'ESS92-93.

Section V - Le tabac (QAA20 à QAA32)

La grande majorité des questions de cette section proviennent des enquêtes antérieures. Les questions sur l'usage de la cigarette (QAA20), l'usage de la cigarette tous les jours (QAA21), l'âge à l'initiation à la cigarette (QAA22), le nombre de cigarettes fumées par jour (QAA23) et la description des anciens fumeurs (QAA25) sont tirées des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. La question sur l'usage de cigarettes à bout filtre (QAA24) provient de l'enquête de 1992-1993. Les questions sur l'âge d'initiation à la cigarette chez les anciens fumeurs (QAA26), sur l'âge de cessation de fumer la cigarette chez les anciens fumeurs réguliers (QAA27), sur le nombre de cigarettes fumées chez les anciens fumeurs (QAA28), sur l'usage de la pipe (QAA30), du cigare (QAA31) et de tabac à priser ou à chiquer (QAA32) proviennent de l'enquête de 1987. Le libellé des questions QAA30 à QAA32 ainsi que leurs catégories de réponse ont été légèrement modifiés en 1998, mais on estime que ces changements n'empêchent pas la comparaison entre les deux enquêtes.

La question sur la fréquence d'exposition à la FTE selon les lieux d'exposition, a été créée expressément pour les besoins de l'étude (QAA29). Elle s'inspire des questions C2Q18, C2Q19, C2Q22 et C3Q29 de l'*Enquête en quatre cycles sur le tabagisme au Canada 1994* de Santé Canada. La question comporte trois éléments : l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement à la maison, dans le lieu d'activité principale et dans tout autre lieu public. Toutefois, la sous-question portant sur l'exposition à la FTE dans le lieu d'activité principale n'a pas été répondue correctement, ce qui en invalide les résultats. Pour cette raison, seulement l'exposition à la FTE à la maison et celle dans les lieux publics, tels arénas, clubs, restaurants, magasins, etc., ont été considérées dans le rapport de l'ESS98.

Section VI - L’alcool (QAA33 à QAA43)

Cette partie du questionnaire reprend des questions de 1992-1993 et de 1987. Une seule nouvelle question a été ajoutée.

La première série de questions permet d’identifier le type de buveurs et la fréquence de consommation à vie (QAA33) et au cours des 12 derniers mois (QAA34 et QAA36). Le type de buveurs (QAA33 et QAA34) permet de classer les individus de 15 ans et plus en abstinents (jamais bu), anciens buveurs ou buveurs actuels. La question QAA36 permet de déterminer si la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois a été régulière ou occasionnelle. L’âge auquel un ancien buveur a cessé de boire est mesuré par le QAA35. Ces quatre questions proviennent de 1987 et de 1992-1993.

La deuxième série de questions mesure les épisodes de forte consommation au cours des 12 derniers mois : une consommation d’alcool égale ou supérieure à cinq consommations (QAA37) ou à huit consommations (QAA38), le plus grand nombre de consommations prises dans une même occasion (QAA39) et le nombre de fois où la personne estime s’être enivrée (QAA40). Les QAA37, QAA39 et QAA40 proviennent de l’enquête de 1992-1993. La question QAA38 (huit consommations ou plus), qui s’inspire d’une question de l’*Enquête ontarienne sur l’alcool et la drogue 1994* (Anglin, 1995) a été ajoutée en 1998, mais les données recueillies n’ont pas été traitées pour les raisons suivantes : la prévalence du comportement fournit de trop petits effectifs pour permettre les analyses souhaitées et les résultats de cette question n’apportaient pas d’information supplémentaire à celle obtenue par la question QAA37 (cinq consommations ou plus).

Il est à noter que la question sur le plus grand nombre de consommations prises dans une même occasion (QAA39), n’a pas été traitée non plus en 1998. Les données de cette question n’apportaient pas plus d’information que celle obtenue par la question QAA37 (cinq consommations ou plus). D’ailleurs, la question QAA39 n’a pas été analysée en 1992-1993 pour la même raison.

La dernière série de questions permet de mesurer la consommation hebdomadaire, soit le nombre de consommations en moyenne par semaine (QAA41), la consommation d’alcool au cours des 7 derniers jours (QAA42) et le nombre de consommations pour chacun des 7 derniers jours (QAA43). Ces trois questions proviennent de l’ESS92-93. Toutefois, la question QAA43 a été légèrement modifiée, mais on estime que cette modification n’entrave pas la comparabilité des résultats. Par ailleurs, les résultats de la question sur le nombre de consommations en moyenne par semaine (QAA41) n’ont pas été présentés en 1998; cependant, ils ont été utilisés pour valider les observations de la question QAA43.

Plusieurs questions utilisées en 1992-1993 n’ont pas été reprises en 1998 à la demande du groupe ayant proposé les questions sur l’alcool : la question QAA28 de l’ESS92-93 sur l’âge auquel le répondant a commencé à boire parce qu’elle n’était pas assez précise sur le contexte de consommation; les questions QAA32 à QAA35 de l’ESS92-93, composantes de l’indice CAGE, des analyses secondaires faites par Bisson et autres (1999) ayant démontré que le CAGE ne présentait pas, en 1992-1993, des qualités psychométriques satisfaisantes, et enfin, les questions QAA36 à QAA46 de l’ESS92-93 sur la dépendance à l’alcool car leur pertinence a été remise en question tant à cause de la question filtre (QAA35), qui éliminait un grand nombre de buveurs, que de la définition des problèmes eux-mêmes.

Section VII - Les drogues (QAA44 à QAA47)

À quelques exceptions près, les questions sur la consommation de drogues sont les mêmes qu'en 1992-1993 et en 1987.

Une question filtre (QAA44) permet d'abord de savoir si le répondant a consommé ou non de la drogue, sans prescription ou sans ordonnance, au cours de sa vie; cette question est identique à celle utilisée en 1992-1993. Ensuite, une question portant sur la consommation de drogues (prises sans prescription ou sans ordonnance) au cours des 12 derniers mois, est posée pour chacun des produits suivants : marijuana (hachisch, pot, gras) (QAA45a), amphétamines, stimulants, speed ou ecstasy (QAA45b), cocaïne, crack ou free base (QAA45c), héroïne (smack) ou morphine (QAA45d) et LSD (acide) ou mescaline (QAA45e). Ces questions s'inspirent largement des questions de 1987 et de 1992-1993. En 1992-1993, la question principale utilisée en 1987 a été revue pour que le format corresponde au modèle de l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* de Santé et Bien-être social Canada (1990) et de Statistique Canada (1988). D'autres modifications ont été apportées aux questions QAA45a à QAA45e en 1998 pour simplifier le format, ce qui empêche une comparaison directe avec les résultats des deux enquêtes antérieures.

Deux dernières questions portent sur la consommation de tranquillisants ou de somnifères pris sans prescription ou sans ordonnance (QAA46) et sur la consommation d'autre(s) drogue(s) ou d'autre(s) médicament(s), également pris sans prescription ou sans ordonnance (QAA47). La première question (QAA46) est basée sur deux questions de 1992-1993; c'est aussi le cas pour la deuxième (QAA47). Ces modifications empêchent une comparaison directe avec les résultats de l'enquête 1992-1993.

Plusieurs questions utilisées en 1992-1993 n'ont pas été reprises en 1998 à cause de la faible prévalence des réponses et du peu d'utilisation des résultats qui en a été fait. Ces questions portaient sur la fréquence d'utilisation des produits au cours des 12 derniers mois (QAA49, QAA51, QAA53, QAA57, QAA59, QAA61, QAA63 et QAA65), sur la consommation de certaines drogues, comme celles à base d'opium autre que l'héroïne (QAA56), les barbituriques, les sédatifs, etc. (QQAA60), et sur l'existence et la nature de problèmes de santé liés à l'utilisation de l'une ou l'autre des drogues ou médicaments identifiés (QAA66 et QAA67).

Section VIII - Le travail (QAA48 à QAA97)

Cette section constitue un ajout par rapport aux enquêtes antérieures. Les questions de cette section permettent d'examiner plusieurs nouveaux aspects du travail, soit certaines caractéristiques générales des travailleurs (QAA49a à QAA49c et QAA50 à QAA52), diverses conditions de travail (QAA71 à QAA86), les problèmes musculo-squelettiques des travailleurs (QAA90 à QAA95) et les postures de travail (QAA87 à QAA89). De plus, comme en 1992-1993, on mesure l'autonomie décisionnelle au travail (QAA53 à QAA61) ainsi que pour la première fois, la demande psychologique au travail (QAA62 À QAA70).

Une question filtre (QAA48) permet d'abord de savoir si la personne occupe présentement un emploi rémunéré (à temps plein ou à temps partiel, salarié ou à son compte, y compris si la personne est actuellement en vacances, en congé de maladie incluant les accidents de travail, en grève ou en lock-out). Cette question s'inspire d'une question utilisée dans l'*Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990* (EQSCV) (Santé Québec, 1994).

Quant aux caractéristiques générales des travailleurs, les questions retenues portent sur le type d'emploi (QAA49a à QAA49c), la taille de l'entreprise dans laquelle œuvre le travailleur (QAA50), le statut de permanence (QAA51) et le statut de syndicalisation (QAA52). Les questions QAA49, QAA51 et QAA52 ont été conçues pour les besoins de l'enquête. La question QAA50 s'inspire d'une question de l'*Enquête sur la population active 1997* de Statistique Canada.

L'autonomie décisionnelle au travail, déjà examinée dans l'EQSCV90 et l'ESS92-93, porte d'abord sur la capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles, et ensuite, sur la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent (Karasek et Theorell, 1990). Elle est mesurée par neuf questions (QAA53 à QAA61) provenant du « Job Content Questionnaire » (JCQ) (Karasek, 1985) qui a été développé à partir de l'enquête « The U.S. quality of employment surveys ». Soulignons qu'une question utilisée en 1992-1993, portant sur la possibilité de décider de la quantité de travail à faire (QAA201) a été retranchée en 1998, car elle servait à des fins de validation seulement (Bellerose et autres, 1996).

La demande psychologique au travail, concept étudié dans l'EQSCV90, mais présent dans l'enquête générale pour la première fois, fait référence à la quantité de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps. Elle est aussi mesurée par neuf questions (QAA62 à QAA70) provenant également du JCQ. Les qualités psychométriques de cette version du questionnaire ont été démontrées dans des échantillons représentatifs de travailleuses et de travailleurs américains (Karasek et Theorell, 1990) et de travailleuses et de travailleurs québécois (Brisson et autres, 1998; Larocque et autres, 1998). Comme dans les publications portant sur la validité des indices d'autonomie décisionnelle et de demande psychologique au travail (Brisson et autres, 1998; Larocque et autres, 1998), les répondants ont été classifiés selon les scores médians observés dans l'EQSCV90.

Les questions sur les conditions de travail portent sur la fréquence des situations de tension vécues avec le public dans le cadre du travail (QAA71), sur l'organisation du travail (QAA72, QAA73 et QAA75) et sur les risques ou contraintes auxquels le travailleur peut être exposé dans le cadre de son travail (QAA74 et QAA76 à QAA85). Les trois dernières questions portent sur la fréquence de la violence physique, de l'intimidation et des paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés survenus au travail au cours des 12 derniers mois (QAA86a à QAA86c). Quant aux sources des questions, le QAA71 provient du questionnaire complémentaire sur les conditions de travail de l'*Enquête sur l'emploi 1991* de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en France. À l'exception de la question sur l'exposition au bruit intense (QAA80), qui s'inspire de la *Deuxième enquête européenne sur les conditions de travail 1995* de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail en Irlande, les questions QAA72 à QAA85 sont une adaptation de celles du questionnaire de l'*Enquête sur la santé, le travail et la vieillissement 1990* de l'organisme Médecins au travail en France (Derriennic et autres, 1992). Les questions QAA86a à QAA86c s'inspirent de celles du questionnaire de la *Deuxième enquête européenne sur les conditions de travail 1995*.

Les questions QAA87 à QAA89 concernent les postures de travail. La question QAA87 évalue la posture de travail générale (assise ou debout) au cours d'une journée de travail régulière. Les questions QAA88 et QAA89, qui évaluent différents niveaux de contraintes des postures debout ou assise, donnent un portrait plus détaillé des diverses postures de travail. Ces questions s'inspirent de celles utilisées dans l'*Enquête sur l'emploi 1991* de l'INSEE en France.

Les questions concernant les douleurs musculo-squelettiques ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QAA90 à QAA95), et celles ressenties au cours des 7

derniers jours (QAA96 à QAA97) ayant précédé l'enquête, ont été élaborées à partir du questionnaire nordique développé par des chercheurs des pays scandinaves pour mesurer la prévalence des problèmes musculo-squelettiques (Kuorinka et autres, 1987) et du Questionnaire sur les symptômes de Kuorinka et Forcier (1995). Toutefois, la question sur la croyance d'un lien entre la douleur rapportée par le répondant et son travail (QAA94) a été créée expressément pour les besoins de l'enquête.

Section IX - Divers problèmes personnels (QAA98 à QAA140)

Cette section reprend l'indice de détresse psychologique mesurée à l'aide d'une grille dérivée du *Psychiatric Symptom Index* développé et validé par Ilfeld (1976 et 1978) et utilisé lors des enquêtes de 1987 (version à 29 questions) et de 1992-1993 (version à 14 questions). En effet, l'enquête de 1987 avait utilisé la grille originale contenant 29 questions, mais les travaux réalisés à la suite de l'enquête de 1987 par des chercheurs québécois (Préville et autres, 1992) ont permis de réduire le nombre de ces énoncés à 14.

Les questions sur les conséquences des manifestations liées à l'état dépressif, utilisées lors de l'ESS92-93, sont également reprises. Elles sont toutefois précédées d'une nouvelle question qui tente de mesurer la durée des manifestations. Par ailleurs, l'enquête de 1998 a été l'occasion d'affiner l'appréciation de la santé mentale : les questions composant l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP23; Massé et autres, 1998a) ont été ajoutées à l'ESS98, ainsi qu'une question sur la perception de la santé mentale.

Les questions QAA98 à QAA111 de l'indice de détresse psychologique d'Ilfeld ou IDPESQ14, font référence à la semaine précédant l'enquête et portent sur la fréquence de quatre syndromes principaux : la dépression (QAA98, QAA99, QAA101 et QAA107), l'anxiété (QAA102, QAA105 et QAA108), l'agressivité (QAA103, QAA108, QAA110 et QAA111) et les problèmes cognitifs (QAA100 et QAA106). Il est important de rappeler que les questions de cet indice n'ont pas été conçues pour distinguer l'ensemble des psychopathologies. Il s'agit plutôt d'une mesure à identifier des symptômes et non des diagnostics précis.

S'adressant uniquement aux personnes ayant rapporté au moins une des manifestations à l'indice IDPESQ14, la nouvelle question sur la durée des manifestations de détresse psychologique (QAA112) a été introduite pour identifier les personnes ayant rapporté des manifestations depuis six mois ou plus et qui doivent de ce fait répondre aux questions sur les conséquences de ces manifestations.

Ainsi, comme en 1992-1993, l'intensité de la détresse psychologique est mesurée à l'aide d'une série de questions cherchant à déterminer si les manifestations liées à l'état dépressif ont nui à la vie familiale ou sentimentale (QAA113), ou à la capacité de travailler ou de poursuivre des études (QAA114) ou si elles ont restreint les activités sociales (QAA115). Ces questions s'adressent aux personnes qui rapportent à la question QAA112, avoir ressenti ces manifestations depuis six mois ou plus. De ce fait, elles ne sont pas comparables avec les résultats de l'enquête précédente. Une dernière question permettant de savoir si la personne a consulté quelqu'un à ce sujet (QAA116), provient également de l'enquête de 1992-1993. Il est à noter que les questions sur le moment de la consultation et le type de professionnel consulté (QAA86 et QAA87 de l'ESS92-93) ont été retirées en 1998 à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la santé mentale.

L'ÉMMDP23 (QAA117 à QAA139) est un nouvel outil de mesure. Il a été élaboré à partir d'une liste de manifestations physiques, cognitives, comportementales et émotives qui furent rapportées à travers des récits d'épisodes de détresse vécus (Massé et autres, 1998a). La période de référence porte sur le dernier mois. L'outil répond à deux critères majeurs : a) il est fondé sur des « manifestations » d'un mal-être ou d'une

détresse globale ressentie par une population non clinique; b) il se veut sensible au contexte socioculturel du Québec contemporain puisque les manifestations rapportées sont tirées d'entrevues en profondeur effectuées auprès de la population québécoise. Cet indice repose sur 23 énoncés mesurant les dimensions autodévaluation (7 énoncés), irritabilité-anxiété (5 énoncés), anxiété-dépression (5 énoncés) et désengagement social (6 énoncés). Des analyses factorielles confirmatives ont montré la structuration du construit de détresse autour de ces quatre facteurs (Massé et autres, 1998b) et ont également permis de confirmer que ces quatre dimensions traduisent bien un concept latent de détresse (Massé et autres, 1998c). Soulignons que l'ÉMMDP23 est actuellement utilisée dans une dizaine de recherches épidémiologiques et/ou évaluatives au Québec. Des analyses plus poussées de concordance entre les deux outils de mesure seront menées et feront éventuellement l'objet d'une publication de l'ISQ.

La question sur la perception que les individus ont de leur santé mentale (QAA140) a été développée et utilisée lors de la *National Comorbidity Study* menée aux États-Unis et de l'enquête de santé mentale ontarienne menée au début des années 90 (Kessler et autres, 1997; Offord et autres, 1996). Au Québec, ce même indicateur a été utilisé sur l'île de Montréal en 1992 lors d'une enquête sur la santé mentale visant à déterminer les besoins de services en santé mentale dans la population générale (Lésage et autres, 1994). C'est la première fois que cet indicateur est employé dans le cadre d'une enquête de Santé Québec.

L'ajout d'une deuxième série de questions sur la détresse psychologique était susceptible d'agir sur les résultats. Un test[13], soit un *split-ballot,* a donc été effectué avec les questions de cette section pour évaluer l'impact de l'ordre d'introduction des deux indices de détresse psychologique considérés dans l'enquête, soit l'IDPESQ14 et l'ÉMMDP23. Plus précisément, deux versions du QAA ont été utilisées lors de l'ESS98, soit le QAA.1 et le QAA.2. Au moment de l'entrevue à domicile, ces questionnaires ont été distribués de façon aléatoire aux répondants de 15 ans et plus. Dans le QAA.1, les questions de l'indice IDPESQ14, numérotées QAA98 à QAA111 comme indiquées ci-haut, précèdent celles de l'ÉMMDP23 qui portent les numéros QAA117 à QAA139. Dans le QAA.2, les questions qui composent l'ÉMMDP23 sont les QAA98 à QAA120 et elles précèdent celles de l'indice IDPESQ14 qui sont alors les questions QAA122 à QAA135. Les questions sur la durée des manifestations de détresse, leurs conséquences sur la vie et le fait d'avoir consulté quelqu'un à propos de ces manifestations sont numérotées QAA112 à QAA116 dans le QAA.1 et QAA136 à QAA140 dans le QAA.2. De la même façon, la question sur la perception de la santé mentale est numérotée QAA140 dans le QAA.1 et QAA121 dans le QAA.2. Mentionnons finalement que lors de la construction de la banque de données, les questions des deux versions de questionnaires ont été renommées en utilisant la numérotation du QAA.1 et un indicateur de la version de questionnaire a été construit.

Section X - Le suicide (QAA141 à QAA145)

Cette section reprend la majorité des questions de l'enquête de 1992-1993 permettant d'établir la présence d'idées suicidaires (QAA141) et de tentatives de suicides ou parasuicides (QAA144). Le terme « parasuicide » est utilisé ici pour désigner tous les comportements suicidaires non fatals. Cette section permet de mieux préciser le phénomène des idées suicidaires par le biais des questions visant à déterminer si la personne a prévu un moyen pour le faire (QAA142) et, le cas échéant, les moyens envisagés (QAA143a à QAA143i). Afin de mieux saisir la gravité du parasuicide, une dernière question permet d'établir si la personne rapportant une tentative de suicide a été conduite ou s'est présentée d'elle-même à l'urgence d'un hôpital à la suite de son geste (QAA145).

13. Pour des détails sur les résultats du test effectué, voir la section 18.

Pour estimer les prévalences des idées suicidaires et des tentatives de suicides, seules les questions portant sur la période de référence de 12 mois utilisées dans l'ESS92-93 ont été reprises. Ainsi, les questions sur les idées et les tentatives de suicide au cours de la vie (QAA88 et QAA92 de 1992-1993) n'ont pas été reprises en 1998 puisque, comme l'a montré l'enquête de 1992-1993, les prévalences de ces phénomènes ont très peu varié en cinq ans. Par ailleurs, l'information concernant la dernière année apparaît plus pertinente à des fins de connaissance de ces phénomènes sur le plan de la santé publique et de la compréhension psychosociale puisqu'elle fait référence à des événements récents. Les données de l'enquête de 1987 rendent également possible la comparaison des prévalences pour les 12 derniers mois.

Le libellé de la question qui permet de savoir si les personnes ayant eu des idées suicidaires ont prévu un moyen pour poser leur geste suicidaire (QAA142) a été modifié quelque peu par rapport à celui de 1992-1993 par l'ajout du terme « sérieusement ». La question portant sur les moyens envisagés (QAA143a à 143i) a été reprise comme en 1992-1993. Toutefois, le libellé de la question a été légèrement simplifié et un énoncé a été ajouté à la liste des moyens possibles : drogues ou alcool.

La question portant sur la consultation d'un professionnel de la santé ou d'une autre personne qui donne des conseils à la suite de la tentative de suicide, telle qu'elle était établie en 1992-1993, a été modifiée en 1998. On demande plutôt si la personne a été conduite ou si elle s'est présentée à l'urgence à la suite de sa tentative de suicide (QAA145); cette modification empêche toute comparaison avec les données de l'ESS92-93. Il est à noter que la question sur le type de professionnel consulté (QAA96 de l'enquête de 1992-1992) a été retirée du questionnaire en 1998 car elle n'était plus pertinente.

Section XI - Votre vie en général (QAA146 à QAA170)

Dans cette section, plusieurs facettes de la vie en général en rapport avec l'environnement de soutien sont étudiées : le soutien social, la situation de vie, les difficultés dans les relations avec le conjoint, l'intimité et les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence. Une dernière facette étudiée porte sur la spiritualité. Les thèmes sur les difficultés dans les relations avec le conjoint, l'intimité, les événements traumatisants et la spiritualité sont nouveaux par rapport à l'enquête de 1992-1993.

Les questions sur le soutien social font partie d'un indice qui a été élaboré par Santé Québec pour l'enquête de 1992-1993 (Camirand et autres, 1993). Les questions de l'indice portent sur la notion de participation ou d'intégration sociale (QAA146 et QAA147), la satisfaction quant aux rapports sociaux (QAA148 à QAA150) et la taille du réseau de soutien (QAA151 à QAA156). Il est à noter que l'indice de soutien social utilisé en 1987 n'a pas été retenu en 1992-1993 en raison de sa faible fiabilité (Bellerose et autres, 1996).

Deux nouvelles questions, ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la spiritualité, portent sur l'importance accordée à la vie spirituelle (QAA157) et sur la croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale (QAA158). La première question (QAA157) s'inspire de la question 11 d'une étude montréalaise de Lévy et autres (1995). La deuxième question (QAA158) a été créée expressément pour les besoins de l'enquête.

Concernant la question sur le fait de vivre seul (QAA159), les résultats de celle-ci n'ont pas été utilisés puisqu'on y retrouve des gens qui ne vivent pas seuls et qui répondent « oui » à cette question. En conséquence, le fait de vivre seul ou non a été établi à partir d'un indice qui tient compte de la taille du ménage et du fait de vivre en couple ou non dans le ménage (section d'identification du QRI), comme ce fut le cas pour l'enquête de 1992-1993. Le fait de se trouver heureux ou non de vivre seul est mesuré à l'aide de la

question QAA160; cette question provient aussi de l'enquête de 1992-1993. Une nouvelle question, ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur l'environnement de soutien, se rapporte au fait d'avoir un conjoint, un « chum » ou une « blonde » (QAA161), que l'on vive ou non avec cette personne. Cette question a été créée expressément pour les besoins de l'enquête.

Trois nouvelles questions (QAA163a à QAA163c), également ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur l'environnement de soutien, visent à établir la présence de difficultés dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde ». Ces questions proviennent de l'*Enquête nationale sur la population 1994* (CSTRESS-5 à CSTRESS-8; ENSP94) de Statistique Canada et font partie de l'indice qui a été élaboré à partir des travaux de Wheaton (Wheaton, 1991, 1994; Turner, Wheaton et Lloyd, 1995). Les questions s'adressent aux personnes qui ont répondu « oui » à la question QAA161 et cherchent à savoir si le conjoint, le « chum » ou la « blonde » de la personne ne la comprend pas (QAA163a), ne lui témoigne pas assez d'affection (QAA163b) ou n'est pas assez impliqué dans leur relation (QAA163c).

L'intimité est également une nouvelle dimension mesurée par l'enquête de 1998. La dimension retenue dans la présente enquête est le sentiment de proximité dans le contexte des relations conjugales. La mesure a été élaborée par Statistique Canada, dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population.* Elle est construite à partir de deux questions différentes qui s'adressent à des populations différentes. La première question porte sur la difficulté de trouver quelqu'un avec qui on est compatible ou avec qui on s'entend bien (QAA162). Cette question a été adaptée de la question CSTRESS-8 de l'ENSP94 et s'adresse aux personnes ayant répondu « non » à la QAA161. La deuxième question réfère aux personnes qui ont répondu que leur conjoint, « chum » ou « blonde » ne les comprend pas (QAA163a) et s'adresse aux personnes ayant répondu « oui » à la QAA161.

Les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans[14], sont évalués au moyen de nouvelles questions (QAA164 à QAA170). Ces questions, posées uniquement aux personnes de 18 ans et plus, ont été ajoutées à la demande du groupe sur l'environnement de soutien. Elles proviennent de l'ENSP94 de Statistique Canada (TRAUM-Q1 à TRAUM-Q7) et font partie de l'indice qui a été élaboré à partir des travaux de Wheaton. Les événements traumatisants comprennent, entre autres, le divorce des parents, une longue hospitalisation, le chômage prolongé des parents, la consommation fréquente d'alcool ou l'usage fréquent de drogue par un parent.

Il est à noter que certaines questions utilisées en 1992-1993 dans la section VII - Votre vie en général n'ont été reprises en 1998 : la question sur le fait d'être en famille monoparentale (QAA108), car des informations plus précises sont disponibles à partir de la section d'identification du QRI et la question sur la satisfaction de la personne quant à l'implication de l'autre parent auprès de leur(s) enfant(s) (QAA109.2), parce qu'elle avait provoqué un taux de non-réponse partielle très élevée, et ce particulièrement chez les hommes (Bellerose et autres,1996). Par ailleurs, la série de questions sur les événements stressants récents de l'ESS92-93, QAA120 à QAA135 de la section VIII - Les changements importants dans la vie, a aussi été abandonnée, ces questions ayant été «...rejetées à l'analyse à cause des inconsistances observées dans les résultats et des problèmes de validité pouvant être liés à la construction d'un indice » (Bellerose et autres, 1996).

Section XII - La famille (QAA171 à QAA183)

Contrairement aux enquêtes précédentes, les questions sur la famille (QAA171 à QAA183) ont été regroupées dans une seule et même section du QAA[15]. Des questions ayant été modifiées, d'autres étant nouvelles, la comparaison avec les résultats des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 se limite à certaines comparaisons

14. Contrairement aux autres questions du QAA posées aux 15 ans et plus, l'âge de référence pour répondre à ces questions a été reporté à 18 ans pour éviter d'être tenus de signaler des cas d'abus ou de négligence dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse.
15. Rappelons, par ailleurs, que les résultats de l'ESS92-93 sur le sujet avaient fait l'objet du chapitre « Santé et famille » du volume 2, le chapitre « Milieu social » du volume 1 comportant l'information sur les rapports familiaux.

d'ordre général.

La première question (QAA171) sert à sélectionner les individus ayant un ou plusieurs enfants biologiques ou adoptés âgés de moins de 18 ans. Cette question est tirée des enquêtes de 1992-1993 et de 1987. Toutefois, la précision « biologique(s) ou adopté(s) » a été ajouté en 1998 pour que tous les parents se sentent visés et répondent à cette section.

La question QAA172 permet au parent d'évaluer la qualité des relations qu'il entretient avec ses enfants mineurs. Cette question provient également des enquêtes antérieures. Toutefois, en 1998, le libellé de la question a été modifié et les catégories de réponse ont été changées de sorte que le choix porte sur les problèmes de relations et non sur la satisfaction quant à ses relations, ce qui empêche toute comparaison avec les enquêtes précédentes. La formulation de ces catégories provient de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 1994-1995* de Statistique Canada.

La même section accorde ensuite une place importante aux ruptures d'unions qui impliquent des enfants mineurs. Deux nouvelles questions permettent de savoir si le parent habite avec l'un ou plusieurs de ses enfants d'âge mineur (QAA173) et s'il est divorcé ou séparé de l'autre parent de l'un de ces enfants (QAA174). Ces questions servent à identifier un sous-ensemble de parents séparés de l'autre parent de leurs enfants mineurs auquel cinq questions sont posées. Ainsi, des nouvelles questions ont été créées pour déterminer le temps écoulé depuis la séparation (QAA175) et pour examiner les relations avec l'ex-conjoint (QAA177 à QAA179). Quant à la question sur le mode de garde (QAA176), elle provient de l'ESS92-93, mais les choix de réponses ont été modifiés de sorte que les différentes modalités de garde concordent avec celles du Règlement sur la fixation des pensions alimentaires pour enfants (Québec, 1997). Une autre question, provenant de l'ESS92-93, porte sur la satisfaction à l'égard de l'implication financière de l'ex-conjoint (QAA180). Enfin, deux questions demandant une évaluation du climat d'entente avec l'ex-conjoint, l'une au moment de la séparation (QAA177), l'autre au moment de l'enquête (QAA179), s'inspirent des travaux de recherche centrés sur les désunions (Dandurand, 1994). La question QAA178, inédite, établit l'existence de contact avec l'ex-conjoint.

Trois questions, créées expressément pour les besoins de l'enquête, portent sur la perception de la qualité des relations du parent avec son ou ses beaux-enfants, dans la mesure où il les élève (QAA181, QAA182 et QAA183).

Il est à noter que les questions QAA181 et QAA182 de l'ESS92-93, qui visaient à déterminer la présence d'enfants hors ménage, n'ont pas été reprises en 1998. Elles semblent, à l'occasion, avoir été mal interprétées et posent des problèmes de validité (Bellerose et autres, 1996).

Section XIII - La santé des femmes (QAA184 à QAA193)

À l'exception de trois questions qui ont été modifiées quelque peu, toutes les questions de cette section sont reprises des enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

La première question (QAA184) demande aux femmes de 15 ans et plus si elles sont enceintes. Elle est utilisée comme critère d'exclusion dans la composition de l'indice de masse corporelle et du désir de maigrir.

Le dépistage du cancer du col utérin est mesuré par le moment du dernier prélèvement vaginal en vue d'un test de Pap (QAA185). Ensuite, trois pratiques du cancer du sein sont considérées : le délai depuis le dernier examen clinique des seins (QAA186), la fréquence de l'auto-examen des seins (QAA187) et le délai depuis la

dernière mammographie (QAA188 et QAA189).

Une question renseigne sur la consommation d'anovulants (QAA190). Deux questions sur la consommation d'hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause (QAA191) et/ou pour d'autres raisons (QAA192) remplacent l'unique question posée à ce sujet lors des deux enquêtes précédentes.

Une dernière question permet d'identifier les femmes qui sont en transition ménopausique ou qui se disent déjà ménopausée (QAA193). Cette question provient de l'enquête de 1987, mais le libellé de celle-ci a été modifiée avec l'ajout de l'énoncé «...ou êtes-vous déjà ménopausée? », ce qui empêche toute comparaison.

Section XIV - Le service Info-Santé CLSC (QAA194 à QAA198)

Le service Info-Santé CLSC, abordé pour la première fois dans une enquête générale de Santé Québec, vise à mesurer la notoriété de ce service téléphonique et à décrire son utilisation par la population québécoise. Ce service « ...permet à l'ensemble de la population de communiquer avec des infirmières 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour obtenir de l'information et des conseils au sujet de toute question reliée à la santé et au bien-être » (Dunnigan, 2000).

La première question demande au répondant s'il sait s'il existe un service téléphonique Info-Santé dans sa région (QAA194). Cette question s'inspire de celle d'un sondage réalisé au cours de l'évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC (SOM, 1998a, 1998b). Toutefois, dans ce sondage, elle faisait suite à une autre question plus générale et dont les résultats ont été largement rapportés, mais qui ne faisait pas référence à la région du répondant.

Les deux questions suivantes permettent de connaître la proportion de gens qui ont déjà utilisé le service au moins une fois au cours de leur vie (QAA195) et la fréquence d'utilisation au cours des 12 derniers mois (QAA196). Des questions semblables, mais non identiques, se retrouvaient dans le sondage mentionné plus haut, tandis que la deuxième question faisait aussi partie de l'enquête auprès de la clientèle (Hagan et autres, 1998).

La question QAA197 permet d'identifier les gens qui n'ont pas pu parler à l'infirmière la dernière fois qu'ils ont tenté de rejoindre le service. Une dernière question a pour but de décrire les démarches que ces personnes ont dû effectuer auprès d'une autre ressource pour obtenir l'aide, soit par téléphone ou en se déplaçant, faute d'avoir pu parler à l'infirmière (QAA198). Ces deux questions s'inspirent de celles posées lors de l'enquête auprès de la clientèle, mais plutôt que de présenter une situation hypothétique (« Si Info-Santé n'avait pas existé, diriez-vous que...»), elles se rapportent cette fois à un événement réel.

Section XV - L'audition (QAA199 à QAA202)

Les questions de cette section portent sur l'acouphène. Elles constituent un ajout par rapport aux enquêtes antérieures.

Une première question porte sur la présence d'acouphènes définis comme des bruits dans les oreilles ou la tête (bourdonnements, tintements ou sifflements) pendant des périodes d'au moins 5 minutes (QAA199). Deux autres questions portent sur la fréquence de ces acouphènes (QAA200) et sur le dérangement qu'ils provoquent (QAA201). Ces questions s'inspirent des enquêtes rapportées par Davis (1983, 1989), Coles (1984) et par Axelsson et Ringdahl (1989).

Une dernière question porte sur la consultation d'un professionnel de la santé pour ces bruits (QAA202) et a été créée expressément pour les besoins de l'enquête.

Section XVI - La sexualité (QAA203 à QAA220)

L'enquête de 1998 a innové en incluant des questions sur la sexualité (QAA203 à QAA220). Ces questions examinent certains aspects des comportements sexuels tels que l'âge à la première relation, le nombre et le type de partenaires, l'utilisation du condom et le fait d'avoir été traité pour une maladie transmise sexuellement (MTS), tels que présentés dans le chapitre 9 (Adrien et autres, 2000) du rapport de l'ESS98. De plus, une question sur l'orientation sexuelle ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur ce thème, a fait l'objet d'analyses entre les personnes hétérosexuelles, homosexuelles et bisexuelles dans le chapitre 10 (Clermont et Lacouture, 2000).

La première question sur le fait d'avoir déjà eu ou non des relations sexuelles (QAA203) sert d'introduction à la section. Si la réponse est « oui », la personne poursuit en répondant à deux questions, l'une sur l'orientation sexuelle (QAA204), l'autre sur le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles avec pénétration (QAA205). Les questions QAA204 et QAA205 s'inspirent de celles déjà utilisées dans l'*Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991* (Santé Québec, 1992).

La question sur l'âge à la première relation sexuelle avec pénétration (QAA206) s'inspire d'une question employée dans l'étude de Leaune et Adrien (1998). Les questions QAA207 à QAA219 portent sur le nombre de partenaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, le type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s), l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle ainsi que la fréquence d'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois. Ces questions s'inspirent, elles aussi, de celles utilisées dans l'étude de Leaune et Adrien (1998).

La dernière question sur le fait d'avoir été traité pour une MTS (QAA220) a été conçue pour les besoins de l'enquête. Aucune précision quant au type de MTS en cause, comme la gonorrhée, la chlamydia ou les condylomes, n'a été demandée. Cette question est répondue seulement par des personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

Section XVII - Renseignements sociodémographiques (QAA221 à QAA241)

Les questions de cette section visent à fournir de l'information sur les principales caractéristiques de la population québécoise.

La section commence avec les questions usuelles, posées en 1987 et en 1992-1993, sur le sexe (QAA221), la date de naissance (QAA222) et la langue maternelle (QAA223). Elle se poursuit avec deux questions ajoutées en 1992-1993 sur le lieu de naissance de la mère (QAA224) et le lieu de naissance du père (QAA225). Les questions sur la langue maternelle (QAA223), le lieu de naissance de la mère (QAA224) et celui du père (QAA225), incluant celle sur le lieu de naissance du répondant (QRI157), sont des composantes de l'indice d'appartenance ethnoculturelle établi lors de l'enquête de 1992-1993. Cet indice permet de classer la population en trois groupes ethnoculturels distincts : le « groupe majoritaire », le « groupe minoritaire de deuxième et de troisième génération » et le « groupe minoritaire de première génération ». Le principal avantage de cet indice est de permettre la distinction entre les immigrants de première génération et ceux de deuxième génération ou plus.

Il est à noter que la QAA176 de l'ESS92-93 sur la langue parlée le plus souvent à la maison, n'a pas été reprise en 1998 à cause du peu d'utilisation des résultats qui en a été fait. La question ouverte sur l'origine ethnique perçue (QAA179 de l'ESS92-93) n'a pas été reprise en 1998 parce qu'elle n'était pas assez précise laissant trop de place à l'interprétation de la part des répondants. Effectivement, l'indice d'appartenance ethnoculturelle, mentionné ci-dessus, répond mieux aux besoins de l'enquête sur ce sujet.

La scolarité relative est établie à partir des questions QAA226 (plus haut niveau de scolarité complété) et QAA227 (le fait d'avoir obtenu ou non un diplôme d'études secondaires). L'indice tient aussi compte du sexe et de l'âge des répondants. La question sur le plus haut niveau de scolarité complété (QAA226), utilisée en 1987 et en 1992-1993, a été modifiée en 1998. Plusieurs catégories de réponse ont été scindées en 1998 de sorte qu'il y a 22 possibilités de réponse au lieu de 16 comme dans les enquêtes précédentes. La question sur le fait d'avoir obtenu ou non un diplôme d'études secondaires constitue un ajout à l'enquête de 1998; on a en effet considéré que les répondants ayant terminé le 5e secondaire avec un diplôme présentent un niveau supérieur de scolarité comparativement à ceux qui n'ont pas un tel diplôme.

Ensuite, trois questions examinent différents aspects de la religion. La première question portant sur la principale religion de l'enfance (QAA228) provient de l'enquête de 1987 à laquelle la catégorie de réponse « Islamique » a été ajoutée en 1998 pour tenir compte des changements démographiques dans la population québécoise. La question sur l'appartenance religieuse actuelle (QAA229) constitue un ajout en 1998. Elle a été adaptée d'une question utilisée lors du recensement canadien de 1991. La question sur la principale religion de l'enfance (QAA228) n'a pas été traitée dans le chapitre 29 (Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire) du rapport de l'ESS98 parce que les résultats sont relativement comparables à ceux de la question sur l'appartenance actuelle à une religion (QAA229); cette dernière question a été jugée plus intéressante à mettre en relation avec diverses autres variables dans le cadre d'une analyse transversale, car elle donne un portrait de la situation au moment de l'enquête (Clarkson et autres, 2000). Pour documenter la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte (QAA230), on a repris la question posée lors de l'enquête de 1987. Il est à noter que le libellé de cette question a été légèrement modifié en 1998 : l'expression « Au cours de l'année passée... » a été remplacée par « Au cours des 12 derniers mois... », ce qui n'empêche pas la comparaison entre les deux enquêtes.

Afin de mieux connaître les inégalités socioéconomiques dans la population québécoise et d'effectuer des analyses en relation avec la santé, une série de questions a été posée sur les thèmes suivants : revenu personnel total (QAA231), patrimoine du ménage relatif au statut résidentiel (propriétaire ou locataire) (QAA232) et aux revenus de placement (QAA233), perception, durée et évolution de sa situation financière (QAA234 à QAA236) et comparaison de sa situation avec celle de ses parents à son âge (QAA237). Pour cette dernière question, il faut tenir compte d'un effet de cohorte dans l'analyse des résultats. À l'exception de la question sur le revenu personnel (QAA231) qui a été utilisée dans les deux enquêtes antérieures, les autres questions proviennent de l'enquête de 1992-1993.

Il est à noter que les données sur le revenu personnel total (QAA231) et celles sur la comparaison de sa situation financière avec celle de ses parents à son âge (QAA237) n'ont pas été présentées comme telles dans le rapport de l'ESS98. Concernant le patrimoine du ménage (QAA232 et QAA233), ces deux questions ont été utilisées dans la construction de l'indice de patrimoine accumulé dans le ménage en 1992-1993 (variable PATRACC). Toutefois, l'indice a été rejeté en 1998 parce que la question relative au statut résidentiel (propriétaire ou locataire) (QAA232) ne permet pas de séparer les propriétaires des locataires, ce qui invalide les résultats. De plus, deux autres questions de 1992-1993 n'ont pas été reprises à la demande d'un groupe de travail sur les inégalités socioéconomiques de santé, soit celle sur la principale occupation du père (QAA194)

et celle sur le plus haut niveau de scolarité de ce dernier (QAA195).

La dernière question de contenu du QAA porte sur la satisfaction du répondant envers les services de santé offerts dans sa région (QAA238). Ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le recours aux services sociaux et de santé, cette question n'a toutefois pas encore fait l'objet d'une analyse. Vient ensuite une question demandant au répondant son numéro d'assurance maladie du Québec (QAA239), tirée de l'enquête de 1992-1993. Cette fois-ci, le paragraphe qui précède la question a été révisé par le comité d'éthique de sorte qu'il est plus explicite et encadrant quant à l'utilisation éventuelle de cette information. Aucun consentement n'a été demandé au répondant pour le contacter à nouveau en vue d'autres études, comme ce fut le cas lors de l'ESS92-93. Les deux dernières questions ont été ajoutées afin d'avoir plus de précision sur le temps requis pour remplir le questionnaire (QAA240) et sur la date où il a été rempli (QAA241).

Soulignons que la série de questions de l'ESS92-93 portant sur les aidants naturels n'a pas été reprise. En 1998, le sujet a été partiellement touché dans le QRI : traitements et aide reçus à domicile à la suite d'une chirurgie d'un jour (QRI111 à QRI117) et traitements et aide reçus à domicile à la suite d'une hospitalisation (QRI126 à QRI132). Ces questions visaient à mieux documenter les récentes transformations dans les services médicaux au Québec.

SOURCES ET JUSTIFICATIONS DES QUESTIONS DU QAA - SOMMAIRE

Section I - Votre santé en général (QAA1)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA1	perception de l'état de santé	SQ87 : QAA1; ESS92-93 : QAA1

Section II - Votre poids (QAA2 à QAA7)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA2	taille (grandeur)	SQ87 : QAA70; ESS92-93 : QAA5
QAA3	poids	SQ87 : QAA69; ESS92-93 : QAA4.1
QAA4	désir de changer de poids	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le poids.
QAA5	poids désiré	SQ87 : QAA71; ESS92-93 : QAA4.2
Les raisons invoquées pour changer de poids :		Nouvelles questions ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le poids. Le libellé qui introduit la question elle-même (« Pourquoi désirez-vous changer de poids? ») s'inspire de la question 4 d'une étude menée par le Gallop Poll (1984). Les catégories de réponse s'inspirent des questions B1, C5 et C8 de l'*Enquête Promotion de la santé Canada 1990* (Santé et Bien-être social Canada, 1993).
QAA6a	pour être en meilleure santé	
QAA6b	pour traiter son problème d'hypertension	
QAA6c	pour traiter son problème de cholestérol	
QAA6d	pour traiter son problème de diabète	
QAA6e	pour améliorer son apparence	
QAA6f	pour une autre raison (précisez)	
QAA7	essaie de perdre du poids présentement	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le poids. Elle s'inspire de la question I-3 de l'*Enquête Promotion de la santé Canada 1990* (Santé et Bien-être social Canada, 1993). Cependant, les résultats de cette question n'ont pas encore été traités.
QAA8	perception des habitudes alimentaires	EQN90 : QAA11. Des comparaisons avec cette dernière enquête ont été faites; cependant, elles portent uniquement sur les répondants de 18 à 74 ans, tel qu'on l'a recueilli en 1990.

Section III - Les habitudes alimentaires (QAA8 à QAA11)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA9a	repas achetés congelés au cours des 7 derniers jours	Ces trois questions proviennent de la question QAA19 de l'EQN90. Toutefois, en 1990, la période de référence portait sur 2 jours ce qui ne permet pas de comparaison directe avec les résultats de 1998.
QAA9b	repas livrés à la maison ou à emporter chez soi au cours des 7 derniers jours	
QAA9c	repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte, excluant les repas apportés de la maison, au cours des 7 derniers jours	
QAA10	solitude au moment des repas (mange avec son conjoint/e ou d'autres personnes de 15 ans et plus)	Ces deux questions s'inspirent de la question QAA37 de l'EQN90. Un indice, basé sur des questions, permet des comparer les résultats de 1998 avec celles de 1990; cependant, elles portent uniquement sur les répondants de 18 à 74 ans tel qu'on l'a recueilli en 1990.
QAA11	solitude au moment des repas (mange avec des enfants de moins de 15 ans)	

Section IV - Activité physique (QAA12 à QAA19)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA12	pratique de l'activité physique au cours des 3 derniers mois	ESS92-93 : QAA136
QAA13	intention de pratiquer régulièrement des activités physiques au cours de la prochaine année	ESS92-93 : QAA137 Cette question a été commandée et payée par Kino-Québec, programme du Secrétariat au loisir et au sport du MSSS.
QAA14	attitude face à la pratique régulière d'activités physiques au cours de la prochaine année	ESS92-93 : QAA138. Cette question a été commandée et payée par Kino-Québec, programme du Secrétariat au loisir et au sport du MSSS. À noter que l'analyse de la question sera effectuée dans des publications scientifiques ultérieures.
QAA15	perception du contrôle (facilité ou difficulté) de la pratique régulière d'activités physiques au cours de la prochaine année	ESS92-93 : QAA140. Cette question a été commandée et payée par Kino-Québec, programme du Secrétariat au loisir et au sport du MSSS. À noter que l'analyse de la question sera effectuée dans des publications scientifiques ultérieures.

Section IV - Activité physique (QAA12 à QAA19) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA16	stades d'adoption du comportement	Nouvelle question commandée et payée par Kino-Québec, programme du Secrétariat au loisir et au sport du MSSS. Elle est adaptée d'une question de Marcus et autres (1992). À noter que l'analyse de cette question sera effectuée dans des publications scientifiques ultérieures.
QAA17	popularité des activités au cours des 12 derniers mois	ESS92-93 : QAA141. À noter que la comparaison avec les résultats de l'enquête 1998 ne peut être présentée car la formulation de cette question a dû être modifiée afin de recueillir plus d'information sur quelques composantes supplémentaires (i.e. les types d'activités physiques et la fréquence de chacune).
QAA18	popularité des activités au cours des 12 derniers mois	ESS92-93 : QAA142. À noter que la comparaison avec les résultats de l'enquête 1998 ne peut être présentée, car la formulation de cette question a dû être modifiée afin de recueillir plus d'information sur quelques composantes supplémentaires (i.e. les types d'activités physiques et la fréquence de chacune).
QAA19	activité physique de travail	SQ87 : QAA130. À noter que l'illustration qui a accompagné la question en 1987, a été enlevée en 1998, ce qu'on estime ne pas empêcher la comparaison entre les deux enquêtes.

Section V - Le tabac (QAA20 à QAA32)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA20	usage de la cigarette	SQ87 : QAA5a, ESS92-93 : QAA15. À noter que la question utilisée en 1987 a été légèrement modifiée en 1992-1993. C'est cette dernière version qui a été utilisée en 1998.
QAA21	usage de la cigarette tous les jours	SQ87 : QAA6; ESS92-93 : QAA16
QAA22	âge d'initiation à la cigarette	SQ87, QAA7; ESS92-93 : QAA17
QAA23	nombre de cigarettes fumées par jour	SQ87 : QAA8; ESS92-93 : QAA18

Section V - Le tabac (QAA20 à QAA32) (suite)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA24	usage des cigarettes à bout filtre	ESS92-93 : QAA19
QAA25	description des anciens fumeurs	SQ87 : QAA10; ESS92-93 : QAA20
QAA26	âge d'initiation à la cigarette chez les anciens fumeurs réguliers	SQ87 : QAA11
QAA27	âge de cessation de fumer la cigarette chez les anciens fumeurs réguliers	SQ87 : QAA12
QAA28	nombre de cigarettes fumées chez les anciens fumeurs	SQ87 : QAA13
QAA29	exposition passive à la fumée de la cigarette	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le tabac. Elle s'inspire des questions C2Q18, C2Q19, C2Q22 et C3Q29 de l'*Enquête en quatre cycles sur le tabagisme au Canada 1994* de Santé Canada.
QAA30	usage de la pipe	SQ87 : QAA5b,QAA5c et QAA5d. Il est à noter que le libellé des questions ainsi que leurs catégories de réponse ont été légèrement modifiés en 1998, mais on estime que ces changements n'empêchent pas la comparaison entre les deux enquêtes.
QAA31	usage du cigare	
QAA32	usage de tabac à priser ou à chiquer	

Section VI - L'alcool (QAA33 à QAA43)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA33	consommation d'alcool à vie	SQ87 : QAA14; ESS92-93 : QAA21
QAA34	consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois	SQ87 : QAA15; ESS92-93 : QAA22
QAA35	âge de cessation de boire (de l'alcool)	SQ87 : QAA26; ESS92-93 : QAA23
QAA36	fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois	SQ87 : QAA16; ESS92-93 : QAA24
QAA37	cinq consommations ou plus dans une même occasion au cours des 12 derniers mois (nombre de fois)	ESS92-93 : QAA25

Section VI - L'alcool (QAA33 à QAA43) (suite)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA39	plus grand nombre de consommations prises dans une même occasion au cours des 12 derniers mois	ESS92-93 : QAA26 Les données de cette question n'ont pas été traitées en 1998 parce qu'elles n'apportaient pas plus d'information supplémentaire à celle obtenue par la question QAA37 (cinq consommations ou plus).
QAA40	nombre de fois enivré au cours des 12 derniers mois	ESS92-93 : QAA27
QAA41	nombre de consommations en moyenne par semaine	ESS92-93 : QAA29 Les résultats de cette question n'ont pas été présentés en 1998; cependant, ils ont été utilisés pour valider les observations de la question QAA43.
QAA42	consommation d'alcool au cours des 7 derniers jours	SQ87 : QAA17; ESS92-93 : QAA30.
QAA43	nombre de consommations d'alcool pour chacun des 7 derniers jours	SQ87 : QAA17; ESS92-93 : QAA31. Il est à noter que le libellé de l'exemple de cette question a été légèrement modifié en 1998 pour faciliter la tâche du répondant, mais n'entrave pas la comparabilité des résultats.

Section VII - Les drogues (QAA44 à QAA47)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA44	consommation de drogue sans prescription ou sans ordonnance au cours de la vie	ESS92-93 : QAA47
Consommation au cours des 12 derniers mois de :		SQ87 : QAA27a à QAA27i; ESS92-93 : QAA48 à QAA59 La question utilisée en 1987 a été revue en 1992-1993 pour que le format corresponde au modèle de l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* de Santé et Bien-être social Canada (1990) et de Statistique Canada (1988). D'autres modifications ont été apportées en 1998 pour simplifier le format, ce qui empêche une comparaison directe avec les résultats des deux enquêtes antérieures.
QAA45a	marijuana (hachisch, pot, grass)	
QAA45b	amphétamines, stimulants, speed, ecstasy	
QAA45c	cocaïne, crack, free base	
QAA45d	héroïne (smack), morphine	
QAA45e	LSD (acide), mescaline	

Section VII - Les drogues (QAA44 à QAA47) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA46	tranquillisants ou somnifères pris sans prescription ou sans ordonnance au cours des 12 derniers mois	Cette question s'inspire des questions QAA62 et QAA63 de l'ESS92-93. La question utilisée en 1987 a été revue en 1992-1993 pour que le format corresponde au modèle de l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* de Santé et Bien-être social Canada (1990) et de Statistique Canada (1988). Les modifications apportées en 1998 pour simplifier le format empêchent une comparaison directe avec les résultats de l'enquête de 1992-1993.
QAA47	autre(s) drogue(s) ou médicament(s) pris sans prescription ou sans ordonnance au cours 12 derniers mois	Cette question s'inspire des questions QAA64 et QAA65 de l'ESS92-93. La question utilisée en 1987 a été revue en 1992-1993 pour que le format corresponde au modèle de l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* de Santé et Bien-être social Canada (1990) et de Statistique Canada (1988). Les modifications apportées en 1998 pour simplifier le format empêchent une comparaison directe avec les résultats de l'enquête de 1992-1993.

Section VIII - Le travail (QAA48 à QAA97)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA48	emploi rémunéré actuel	Nouvelle question adaptée de la question QRI166 de l'EQSCV90.
QAA49a	travaille à son compte	Nouvelles questions créées pour les besoins de l'enquête.
QAA49b	travaille pour un seul employeur	
QAA49c	travaille pour plus d'un employeur	Nouvelles questions créées pour les besoins de l'enquête.
QAA50	taille de l'entreprise ou de l'organisation	Nouvelle question inspirée de la question 260 de l'*Enquête sur la population active, remaniement du questionnaire 1997* de Statistique Canada.
QAA51	statut de permanence	Nouvelle question créée pour les besoins de l'enquête.
QAA52	syndicalisation	Nouvelle question créée pour les besoins de l'enquête.
QAA53	travail exige d'apprendre des choses nouvelles	EQSCV90 : QRI174 ESS92-93 : QAA196.
QAA54	travail exige un niveau élevé de qualifications	EQSCV90 : QRI175 ESS92-93 : QAA197

Section VIII - Le travail (QAA48 à QAA97) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA55	faire preuve de créativité dans le travail	EQSCV90 : QRI176 ESS92-93 : QAA198
QAA56	travail consiste à refaire toujours les mêmes choses	EQSCV90 : QRI177 ESS92-93 : QAA199
QAA57	liberté de décider comment faire dans le travail	EQSCV90 : QRI178 ESS92-93 : QAA200
QAA58	travail permet de prendre des décisions de façon automne	EQSCV90 : QRI180 ESS92-93 : QAA202
QAA59	opportunité de faire plusieurs choses différentes au travail	EQSCV90 : QRI181 ESS92-93 : QAA203
QAA60	influence sur la façon dont les choses se passent au travail	EQSCV90 : QRI182 ESS92-93 : QAA204
QAA61	possibilité de développer les habiletés personnelles au travail	EQSCV90 : QRI183 ESS92-93 : QAA205
QAA62	travail exige d'aller très vite	EQSCV90 : QRI184
QAA63	pas de demande de faire une quantité excessive de travail	EQSCV90 : QRI186
QAA64	suffisamment de temps pour faire le travail	EQSCV90 : QRI187
QAA65	ne reçoit pas de demandes contradictoires	EQSCV90 : QRI188
QAA66	travail oblige à se concentrer intensément pendant de longues périodes	EQSCV90 : QRI189
QAA67	tâche souvent interrompue avant de l'avoir terminée	EQSCV90 : QRI190
QAA68	travail est très mouvementé	EQSCV90 : QRI191
QAA69	souvent ralenti dans le travail	EQSCV90 : QRI192
QAA70	travail exige de travailler très fort	EQSCV90 : QRI85
QAA71	travail en contact direct avec le public	Nouvelle question adaptée des questions 23 et 50 de l'*Enquête sur l'emploi 1991* de l'INSEE en France.

Section VIII - Le travail (QAA48 à QAA97) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA72	horaire de travail irrégulier ou imprévisible	Nouvelles questions : à l'exception de la question sur l'exposition au bruit intense (QAA80) qui s'inspire de la *Deuxième enquête européenne sur les conditions de travail* de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail en Irlande, les questions QAA72 à QAA85 sont une adaptation des questions 15a à 15u du questionnaire de l'*Enquête sur la santé, le travail et le vieillissement 1990* de l'organisme Médecins au travail en France (Derriennic et autres, 1992).
QAA73	horaire de travail de nuit	
QAA74	travail répétitif des mains et des bras	
QAA75	rémunération au rendement, à la commission ou à la prime	
QAA76	manipulation de charges lourdes	
QAA77	fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement	
QAA78	vibrations provenant d'outils à mains	
QAA79	vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol	
QAA80	bruit intense	
QAA81	poussières de farine	
QAA82	poussières de bois	
QAA83	fumées de soudage	
QAA84	solvants	
QAA85	pesticides	
QAA86a	violence physique au travail au cours des 12 derniers mois	Nouvelles questions inspirées de la question 27a à 27c de la *Deuxième enquête européenne sur les conditions de travail* de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail en Irlande.
QAA86b	intimidation au travail au cours des 12 derniers mois	
QAA86c	a été l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours des 12 derniers mois	

Section VIII - Le travail (QAA48 à QAA97) (suite)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA87	posture habituelle au travail	Nouvelles questions inspirées de la question 37 de l'*Enquête sur l'emploi 1991* de l'INSEE en France.
QAA88	posture debout	
QAA89	posture assise	
Au cours des 12 derniers mois, douleurs importantes ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps ayant dérangé dans les activités :		Nouvelles questions : à l'exception de la question sur la croyance que la douleur soit reliée au travail (QAA94) qui a été créée expressément pour les besoins de l'enquête, ces questions s'inspirent de celles du questionnaire nordique développé par des chercheurs des pays scandinaves (Kuorinka et autres, 1987) et de celles du Questionnaire sur les symptômes (Kuorinka et Forcier, 1995).
QAA90a	cou	
QAA90b	épaules	
QAA90c	bras	
QAA90d	coudes	
QAA90e	avant-bras, poignets ou mains	
QAA90f	haut du dos	
QAA90g	bas du dos	
QAA90h	hanches ou cuisses	
QAA90i	genoux	
QAA90j	jambes, mollets	
QAA90k	chevilles ou pieds	
QAA91	douleur ayant le plus dérangé	
QAA92	délais depuis la première fois que la douleur a été remarquée	
QAA93	durée totale d'absence du travail à cause de cette douleur (au cours des 12 derniers mois)	
QAA94	croyance que la douleur soit reliée au travail	Nouvelle question créée expressément pour les besoins de l'enquête.

Section VIII - Le travail (QAA48 à QAA97) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
Au cours des 12 derniers mois :		Nouvelles questions qui s'inspirent de celles du questionnaire nordique développé par des chercheurs des pays scandinaves (Kuorinka et autres, 1987) et de celles du Questionnaire sur les symptômes (Kuorinka et Forcier, 1995).
QAA95a	a cessé de travailler complètement à cause de cette douleur	
QAA95b	a cessé de travailler temporairement à cause de cette douleur	
QAA95c	a changé d'employeur à cause de cette douleur	
QAA95d	a changé d'emploi dans la même entreprise à cause de cette douleur	
QAA95e	a changé de tâche ou de façon de travailler dans l'emploi régulier	
QAA95f	a modifié son poste de travail à cause de cette douleur	
QAA95g	a réduit les heures de travail à cause de cette douleur	
QAA95h	a vécu d'autres changements au travail à cause de cette douleur	
QAA96	douleurs ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps au cours des 7 derniers jours	
Au cours des 7 derniers jours, si les douleurs ressenties sont perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail ou non :		
QAA97a	cou	
QAA97b	épaules	
QAA97c	bras	
QAA97d	coudes	
QAA97e	avant-bras, poignets ou mains	
QAA97f	haut du dos	
QAA97g	bas du dos	
QAA97h	hanches ou cuisses	
QAA97i	genoux	
QAA97j	jambes, mollets	
QAA97k	chevilles ou pieds	

Section IX - Divers problèmes personnels (QAA98 à QAA140)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
Au cours de la dernière semaine, la fréquence à laquelle l'individu...		Questions composantes de l'indice de détresse psychologique d'Ilfeld ou IDPESQ14.
QAA98	s'est senti désespéré en pensant à l'avenir	SQ87 : QAA34; ESS92-93 : QAA68
QAA99	s'est senti seul	SQ87 : QAA35; ESS92-93 : QAA69
QAA100	a eu des blancs de mémoire	SQ87 : QAA36; ESS92-93 : QAA70
QAA101	s'est senti découragé ou a eu les « bleus »	SQ87 : QAA39; ESS92-93 : QAA71
QAA102	s'est senti tendu ou sous pression	SQ87 : QAA40; ESS92-93 : QAA72
QAA103	s'est laissé emporter contre quelqu'un ou quelque chose	SQ87 : QAA41; ESS92-93 : QAA73
QAA104	s'est senti ennuyé ou peu intéressé par les choses	SQ87 : QAA43; ESS92-93 : QAA74
QAA105	a ressenti des peurs ou des craintes	SQ87 : QAA45; ESS92-93 : QAA75
QAA106	a eu des difficultés à se souvenir des choses	SQ87 : QAA46; ESS92-93 : QAA76
QAA107	a pleuré facilement ou s'est senti sur le point de pleurer	SQ87 : QAA48; ESS92-93 : QAA77
QAA108	s'est senti agité ou nerveux intérieurement	SQ87 : QAA52; ESS92-93 : QAA78
QAA109	s'est senti négatif envers les autres	SQ87 : QAA54; ESS92-93 : QAA79
QAA110	s'est senti facilement contrarié ou irrité	SQ87 : QAA55; ESS92-93 : QAA80
QAA111	s'est fâché pour des choses sans importance	SQ87 : QAA56; ESS92-93 : QAA81
QAA112	depuis combien de temps la personne a ressenti ces manifestations	Question filtre proposée par le groupe ayant proposé les questions sur la santé mentale pour distinguer les manifestations de durée de six mois ou plus.
QAA113	si ces manifestations ont nui à la vie familiale au cours des 6 derniers mois	ESS92-93 : QAA82
QAA114	si ces manifestations ont nui à leur capacité de travailler ou de poursuivre des études au cours des 6 derniers mois	ESS92-93 : QAA83

Section IX - Divers problèmes personnels (QAA98 à QAA140) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA115	si ces manifestations les ont restreint dans leurs activités sociales au cours des 6 derniers mois	ESS92-93 : QAA84
QAA116	a consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations	ESS92-93 : QAA85
Au cours du dernier mois, la fréquence à laquelle l'individu...		Nouvelles questions, composantes de l'indice ÉMMDP23 sur la détresse psychologique développé par Massé et autres (1998a, 1998b, 1998c).
QAA117	a eu l'impression d'avoir gâché sa vie	
QAA118	a manqué de confiance en soi	
QAA119	a eu de la difficulté à faire face à ses problèmes	
QAA120	s'est dévalorisé, s'est diminué	
QAA121	a eu l'impression que personne ne l'aimait	
QAA122	a eu tendance à s'isoler, à se couper du monde	
QAA123	a eu le sentiment d'être inutile	
QAA124	a été arrogant et même bête avec le monde	
QAA125	a été facilement irritable, a réagi plutôt mal, avec colère aux commentaires qu'on lui a faits	
QAA126	a été agressif pour tout et pour rien	
QAA127	a perdu patience	
QAA128	a été en conflit avec son entourage	
QAA129	s'est senti triste	
QAA130	s'est senti déprimé ou « down »	
QAA131	s'est senti préoccupé, anxieux	
QAA132	s'est senti mal dans sa peau	
QAA133	s'est senti stressé, sous pression	
QAA134	a manqué d'initiative en général, a été moins fonceur	

Section IX - Divers problèmes personnels (QAA98 à QAA140) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA135	s'est senti désintéressé par les choses qui habituellement l'intéressent	Nouvelles questions, composantes de l'indice ÉMMDP23 sur la détresse psychologique développé par Massé et autres (1998a, 1998b, 1998c).
QAA136	n'avait plus le goût de faire quoi que ce soit	
QAA137	a eu envie de tout lâcher, de tout abandonner	
QAA138	a eu tendance à être moins réceptif aux idées ou aux opinions des autres	
QAA139	a eu des difficultés à se concentrer sur quoi que ce soit	
QAA140	perception de la santé mentale	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la santé mentale. Elle s'inspire d'une mesure semblable qui a été développée et utilisée lors de la *National Comorbidity Study* (Kessler et autres, 1997; Offord et autres, 1996). Au Québec, cette question a été utilisée sur l'île de Montréal en 1992 lors d'une enquête sur la santé mentale visant à déterminer les besoins de services en santé mentale dans la population générale (Lesage et autres, 1994).

Section X - Le suicide (QAA141 à QAA145)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA141	a déjà pensé sérieusement à se suicider au cours des 12 derniers mois	SQ87 : QAA60; ESS92-93 : QAA89.
QAA142	a prévu un moyen pour le faire	ESS92-93 : QAA90 Le mot « sérieusement » a été ajouté dans le libellé de la question en 1998.
Moyen(s) prévu(s) : QAA143a	médicaments	ESS92-93 : QAA91 Le libellé de la question a été légèrement simplifié en 1998; de plus, un énoncé a été ajouté à la liste des moyens possibles : drogues ou alcool.
QAA143b	drogues ou alcool	
QAA143c	se couper les veines	
QAA143d	pendaison	
QAA143e	gaz d'échappement d'un véhicule moteur	

Section X - Le suicide (QAA141 à QAA145) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA143f	saut	ESS92-93 : QAA91 Le libellé de la question a été légèrement simplifié en 1998; de plus, un énoncé a été ajouté à la liste des moyens possibles : drogues ou alcool.
QAA143g	arme à feu	
QAA144h	véhicule moteur	
QAA144i	autre moyen (préciser)	
QAA144	a fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois	SQ87 : QAA62; ESS92-93 : QAA93
QAA145	a été conduit ou s'est présentée à l'urgence après cette tentative de suicide	ESS92-93 : QAA95 Il est à noter que la question de 1992-1993 portant sur la consultation d'un professionnel de la santé ou d'une autre personne qui donne des conseils, a été modifiée en 1998. On demande plutôt si la personne a été conduite ou si elle s'est présentée à l'urgence, ce qui empêche toute comparaison avec les données de l'ESS92-93.

Section XI - Votre vie en général (QAA146 à QAA170)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA146	fréquence des rencontres avec la parenté, les ami(e)s ou des connaissances au cours des 12 derniers mois	SQ87 : QAA84 ESS92-93 : QAA97
QAA147	la façon dont la personne a passé son temps libre au cours des deux derniers mois	SQ87 : QAA85 ESS92-93 : QAA98
QAA148	satisfaction quant à la vie sociale	SQ87 : QAA86 ESS92-93 : QAA99
QAA149	présence d'amis	SQ87 : QAA87a ESS92-93 : QAA100
QAA150	satisfaction dans les rapports avec les ami(e)s	SQ87 : QAA87b ESS92-93 : QAA101
QAA151	présence de confidents dans son entourage	SQ87 : QAA90 ESS92-93 : QAA110
QAA152	nombre de confidents	ESS92-93 : QAA111
QAA153	présence de personnes pouvant aider au besoin dans son entourage	SQ87 : QAA91 ESS92-93 : QAA112

Section XI - Votre vie en général (QAA146 à QAA170) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA154	nombre de personnes pouvant aider au besoin	ESS92-93 : QAA113 Il est à noter qu'en 1998, des catégories de réponse ont été combinées.
QAA155	personnes démontrant de l'affection dans son entourage	ESS92-93 : QAA114
QAA156	nombre de personnes démontrant de l'affection	ESS92-93 : QAA115
QAA157	importance de la vie spirituelle	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la spiritualité. Elle s'inspire de la question 11 d'une étude montréalaise (Lévy et autres, 1995).
QAA158	croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la spiritualité. Elle a été créée expressément pour les besoins de l'enquête.
QAA159	vit seul(e)	ESS92-93 : QAA104. Il est à noter que pour les fins d'analyse, les résultats de cette question sur le fait de vivre seul n'ont pas été utilisés, puisqu'on y retrouve des gens qui ne vivent pas seul et qui ont répondu « oui » à cette question. Pour savoir si la personne vit seule, il a fallu se fier aux informations rapportées dans la section d'identification du QRI.
QAA160	heureux(se) de vivre seul(e)	ESS92-93 : QAA105
QAA161	a un conjoint(e), un « chum » ou une « blonde »	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur l'environnement de soutien.
QAA162	difficulté de trouver quelqu'un avec qui on est compatible ou avec qui on s'entend bien	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur l'environnement de soutien. Elle est adaptée de la question CSTRESS-8 de l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1994* de Statistique Canada et fait partie de l'indice d'intimité.

QAA163a	conjoint(e), « chum » ou « blonde » ne le(a) comprend pas	Nouvelles questions ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur l'environnement de soutien. Elles proviennent de celles (CSTRESS-5 à CSTRESS7) de l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1994* de Statistique Canada et font partie de l'indice de difficulté dans les relations avec le conjoint(e) développé par Statistique Canada à partir des travaux de Wheaton (Wheaton, 1991, 1994; Turner, Wheaton et Lloyd, 1995). La question QAA163a fait aussi partie de l'indice d'intimité.

Section XI - Votre vie en général (QAA146 à QAA170) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA163b	conjoint(e), « chum » ou « blonde » ne lui témoigne pas assez d'affection	
QAA163c	conjoint(e), « chum » ou « blonde » n'est pas assez impliqué(e) dans leur relation	
Les questions 164 à 170 portent sur les événements traumatisants vécus à l'enfance ou l'adolescence, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans, et ne s'adressent qu'aux répondants de 18 ans et plus :		Nouvelles questions ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur l'environnement de soutien. Elles s'inspirent des questions TRAUM-Q1 à TRAUM-Q7 de l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1994* de Statistique Canada et font partie de l'indice d'événements traumatisant vécus durant l'enfance ou l'adolescence développé par Statistique Canada à partir des travaux de Wheaton (Wheaton, 1991, 1994; Turner, Wheaton et Lloyd, 1995).
QAA164	séjour de deux semaines ou plus à l'hôpital	
QAA165	divorce des parents	
QAA166	père ou mère involontairement sans emploi pour une longue durée	
QAA167	événement dont la pensée a effrayé pendant des années	
QAA168	départ de la maison parce qu'avait fait quelque chose de mal	
QAA169	problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogue du père ou de la mère	
QAA170	mauvais traitement physique par une proche	

Section XII - La famille (QAA171 à QAA183)

Question(s) ESS98 :	Sources

QAA171	a un ou des enfants (biologique/s ou adopté/s), âgés de moins de 18 ans	SQ87 : QAA88a ESS92-93 : QAA102 À noter que le libellé de la question a été modifiée en 1998 pour que tous les parents biologiques ou adoptifs répondent à cette question.

Section XII - La famille (QAA171 à QAA183) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA172	qualité des relations avec leurs propres enfants	SQ87 : QAA88b ESS92-93 : QAA103 À noter qu'en 1998, le libellé de la question a été modifié et les catégories de réponse ont été changées de sorte que les choix portent sur les problèmes de relations, ce qui empêche toute comparaison avec les enquêtes précédentes et non plus sur la satisfaction quant à ces relations. La formulation des catégories de réponses provient de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 1994-1995* de Statistique Canada.
QAA173	s'il(elle) habite avec l'un ou plusieurs de ces enfants de moins de 18 ans	Nouvelles questions ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la famille.
QAA174	divorcé ou séparé de l'autre parent de l'un de leurs enfants de moins de 18 ans	
QAA175	depuis combien de temps la personne est divorcée ou séparée de l'autre parent	
QAA176	modalité de garde des enfants de moins de 18 ans	ESS92-93 : QAA183. À noter que les choix de réponses ont été modifiés de sorte que les différentes modalités de garde concordent avec celles du Règlement sur la fixation des pensions alimentaires pour enfants (Québec, 1997).
QAA177	climat entourant la séparation	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la famille. Elle s'inspire de travaux de recherche centrés sur les désunions (Dandurand, 1994).
QAA178	contacts avec l'autre parent	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la famille.
QAA179	climat actuel avec l'autre parent	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la famille. Elle s'inspire de travaux de recherche centrés sur les désunions (Dandurand, 1994).
QAA180	satisfaction à l'égard de l'implication financière de l'autre parent	ESS92-93 : QAA109.1
QAA181	élève un ou des enfants de moins de 18 ans qui ne sont pas les leurs	Nouvelles questions ajoutées à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la famille.
QAA182	s'il s'agit des enfants de leur conjoint(e) actuel(le)	
QAA183	qualité des relations avec les beaux-enfants	

Section XIII - La santé des femmes (QAA184 à QAA193)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA184	enceinte actuellement	SQ87 : QAA112; ESS92-93 : QAA7
QAA185	temps écoulé depuis le dernier test de Pap	SQ87 : QAA105; ESS92-93 : QAA8
QAA186	temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins	SQ87 : QAA108; ESS92-93 : QAA9
QAA187	fréquence de l'auto-examen des seins	SQ87 : QAA109; ESS92-93 : QAA10
QAA188	a déjà eu une mammographie	SQ87 : QAA110a; ESS92-93 : QAA11
QAA189	temps écoulé depuis la dernière mammographie	SQ87 : QAA110b; ESS92-93 : QAA12
QAA190	consommation de pilules contraceptives	SQ87 : QAA111a; ESS92-93 : QAA13
QAA191	consommation d'hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause	SQ87 : QAA111b; ESS92-93 : QAA14 Il est à noter que la question employée en 1987 et 1992-1993 a été séparée en deux blocs en 1998 de sorte que le premier bloc porte uniquement sur la consommation d'hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la transition ménopausique, le deuxième sur la consommation d'hormones pour d'autres raisons.
QAA192	consommation d'hormones pour une autre raison	
QAA193	traverse présentement la ménopause ou est déjà ménopausée	SQ87 : QAA114 L'énoncé «...ou êtes-vous déjà ménopausée? » a été ajouté au libellé de la question à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la santé des femmes, ce qui empêche toute comparaison.

Section XIV - Le service Info-Santé CLSC (QAA194 à QAA198)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA194	connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC dans sa région	Nouvelle question qui s'inspire de celle d'un sondage réalisé au cours de l'évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC (SOM, 1998a et 1998b). Toutefois, dans ce sondage, elle faisait suite à une autre question plus générale dont les résultats ont été largement rapportés, mais qui ne faisait pas explicitement référence à la région du répondant.

Section XIV - Le service Info-Santé CLSC (QAA194 à QAA198) (suite)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA195	a déjà obtenu un conseil ou une information en appelant à Info-Santé	Nouvelles questions : des questions semblables, mais non identiques, se retrouvaient dans le sondage réalisé au cours de l'évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC (SOM, 1998a et 1998b), tandis que la deuxième question faisait aussi partie de l'enquête auprès de la clientèle (Hagan et autres, 1998).
QAA196	fréquence de l'utilisation de ce service au cours des 12 derniers mois	
QAA197	a pu parler ou non à l'infirmière lors du dernier appel	Nouvelles questions qui s'inspirent de celles posées lors de l'enquête auprès de la clientèle (Hagan et autres, 1998).
QAA198	démarches entreprises si n'a pu parler à l'infirmière lors du dernier appel	

Section XV - L'audition (QAA199 à QAA202)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA199	entend des bruits (bourdonnements, tintements ou sifflements) dans les oreilles ou dans la tête pendant des périodes d'au moins 5 minutes	Nouvelles questions qui s'inspirent des enquêtes rapportées par Davis (1983 et 1989), Coles (1984) et par Axelsson et Ringdahl (1989).
QAA200	fréquence des bruits (acouphènes)	
QAA201	dérangement lié aux bruits (acouphènes)	
QAA202	a déjà consulté un professionnel de la santé pour ces bruits	Nouvelle question créée expressément pour les besoins de l'enquête.

Section XVI - La sexualité (QAA203 à QAA220)

Question(s) ESS98 :		**Sources**
QAA203	a déjà eu des relations sexuelles	Nouvelle question créée expressément pour l'étude; elle a été ajoutée à la demande du Comité scientifique de la Direction Santé Québec pour introduire la section.
QAA204	orientation sexuelle	Nouvelles questions qui s'inspirent respectivement des questions QRI23 et QRI26 de l'*Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans* (Santé Québec, 1992). La question sur l'orientation sexuelle a été ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur ce thème.
QAA205	a déjà eu une relation sexuelle avec pénétration	

Section XVI - La sexualité (QAA203 à QAA220) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
		Nouvelles questions qui s'inspirent de celles employées dans l'étude de Leaune et Adrien (1998).
QAA206	âge à la première relation sexuelle avec pénétration	QAA206 s'inspire de la question 4.2.
QAA207	nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	QAA207 s'inspire de la question 4.4.
QAA208	type de relation entretenue avec ce partenaire chez les personnes ayant eu un seul partenaire sexuel	QAA208 s'inspirent des questions 4.5, 4.6, 4.7 et 4.8.
QAA209	utilisation du condom avec ce partenaire chez les personnes ayant eu un seul partenaire sexuel	QAA209 s'inspire de la question 5.2a.
QAA210	fréquence de l'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois avec ce partenaire	QAA210 s'inspire de la question 5.6.
QAA211	a eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois dont l'un de ces partenaires était un partenaire régulier avec lequel la personne vivait	QAA211 s'inspire de la question 4.5.
QAA212	utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec le dernier partenaire régulier avec lequel la personne vivait	QAA212 s'inspire de la question 5.2a.
QAA213	fréquence d'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois avec ce dernier partenaire régulier avec lequel la personne vivait	QAA213 s'inspire de la question 5.6.
QAA214	a eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois dont l'un de ces partenaires était un partenaire régulier avec lequel la personne ne vivait pas	QAA214 s'inspire de la question 4.5.
QAA215	utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec le dernier partenaire régulier avec lequel la personne ne vivait pas	QAA215 s'inspire de la question 5.2a.
QAA216	fréquence d'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois avec ce dernier partenaire régulier avec lequel la personne ne vivait pas	QAA216 s'inspire de la question 5.6.

Section XVI - La sexualité (QAA203 à QAA220) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA217	a eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois dont l'un de ces partenaires était un partenaire occasionnel	QAA217 s'inspire de la question 4.5.
QAA218	utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec le dernier partenaire occasionnel	QAA218 s'inspire de la question 5.2a.
QAA219	fréquence d'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois avec ce dernier partenaire occasionnel	QAA219 s'inspire de la question 5.6.
QAA220	a été traité pour une MTS	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur la sexualité.

Section XVII - Renseignements sociodémographiques (QAA221 à QAA241)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA221	sexe	SQ87 : QAA137a; ESS92-93 : QAA173
QAA222	date de naissance	SQ87 : QAA137b, ESS92-93 : QAA174
QAA223	première langue apprise et que la personne parle encore	SQ87 : adaptée du QRI49; ESS92-93 : QAA175 Cette question fait partie de l'indice d'appartenance ethnoculturel.
QAA224	lieu de naissance de la mère	ESS92-93 : QAA177 Cette question fait partie de l'indice d'appartenance ethnoculturel.
QAA225	lieu de naissance du père	ESS92-93 : QAA178 Cette question fait partie de l'indice d'appartenance ethnoculturel.
QAA226	plus haut niveau de scolarité complété	SQ87 : QAA144 ESS92-93 : QAA184 Il est à noter que plusieurs catégories de réponse ont été scindées en 1998 de sorte qu'il y a 22 possibilités de réponse au lieu de 16 comme en 1987 ou en 1992-1993.
QAA227	le fait d'avoir obtenu ou non un diplôme d'études secondaires	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur les caractéristiques de la population.

QAA228	principale religion de l'enfance	SQ87 : QAA142 Il est à noter que la catégorie de réponse « Islamique » a été ajoutée en 1998.

Section XVII - Renseignements sociodémographiques (QAA221 à QAA241) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA229	appartenance religieuse actuelle	Nouvelle question qui a été adaptée d'une question utilisée lors du recensement canadien de 1991.
QAA230	fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours des 12 derniers mois	SQ87 : QAA143 Il est à noter que le libellé de la question a été légèrement modifié en 1998 : l'expression «Au cours de l'année passée » a été remplacée par « Au cours des 12 derniers mois ».
QAA231	revenu personnel total de l'année dernière avant déductions d'impôts	SQ87 : QAA145 ESS92-93 : QAA185
QAA232	statut résidentiel (propriétaire, locataire ou chambreur)	ESS92-93 : QAA186 (statut résidentiel) ESS92-93 : QAA189 (revenu des placements) N.B. : ces deux questions ont été utilisées dans la construction de l'indice de patrimoine accumulé dans le ménage en 1992-1993 (variable PATRACC). Toutefois, l'indice a été rejeté en 1998 à cause du fait que la question relative au statut résidentiel (propriétaire ou locataire) (QAA232) ne permet pas de séparer les propriétaires des locataires, ce qui invalide les résultats.
QAA233	revenu des placements (obligations d'épargne, réer, certificats de dépôt, actions...)	
QAA234	perception de sa situation économique par rapport aux gens de son âge	ESS92-93 : QAA190
QAA235	depuis combien de temps la personne se perçoit dans cette situation	ESS92-93 : QAA191
QAA236	croyance que sa situation financière va s'améliorer	ESS92-93 : QAA192
QAA237	comparaison de sa situation financière avec celle de ses parents à son âge	ESS92-93 : QAA193
QAA238	satisfaction envers les services de santé offerts dans sa région	Nouvelle question ajoutée à la demande du groupe ayant proposé les questions sur le recours aux services sociaux et de santé; cette question n'a pas encore fait l'objet d'une analyse.

QAA239	numéro d'assurance-maladie du Québec	ESS92-93 : QAA206. Le paragraphe qui précède la question a été révisé en 1998 par le comité d'éthique de sorte qu'il est plus explicite et encadrant quant à l'utilisation éventuelle de cette information.

Section XVII - Renseignements sociodémographiques (QAA221 à QAA241) (suite)

Question(s) ESS98 :		Sources
QAA240	temps requis pour remplir le QAA	Nouvelle question ajoutée afin de préciser la durée moyenne du QAA.
QAA241	date	Nouvelle question ajoutée afin de préciser la date où le questionnaire a été rempli.

Bibliographie

ADRIEN, A., L. LEAUNE et D. AUGER (2000). « Comportements sexuels et utilisation du condom » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 9.

ANGLIN, L. (1995). « The Ontario experience of alcohol and tobacco: New focus on accessibility, violence and mandatory treatment. A report of the Ontario Alcohol and Other Drug Opinion Survey (OADOS), ARF Research Document Series no. 122, Toronto, Addiction Research Foundation.

AXELSSON, A., et A. RINGDAHL (1989). « Tinnitus: A study of its prevalence and characteristics », *British Journal of Audiology*, vol. 23, p. 53-62.

BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE et D. TREMBLAY (sous la direction de) (1996). *Cahier technique et méthodologique; Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1*, Montréal, Santé Québec, 134 p. et annexes.

BISSON, J., L. NADEAU et A. DEMERS (1999). « The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey », *Addiction*, Vol. 94, n°5, p. 715-722.

BRIEFEL, R. R., et C. E. WOTEKI (1992). « Development of food sufficiency questions for the Third National Health and Nutrition Examination Survey », *Journal of Nutrition Education,* vol. 24, n°1S, p.24S-28S.

BRISSON, C., et autres (1998). « Reliability and construct validity of the psychological demand and decision latitude scales of the Karasek Job Content Questionnaire, *Work & Stress*, vol. 12, n°4, p. 322-336.

BURNEY, P. G., C. LUCZYNSKA, S. CHINN et D. JARVIS (1994). « The European Community Respiratory Health Survey ». *Eur Resp J*, vol. 7, n°5, p. 954-960.

CAMIRAND, J., J. AUBIN, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, C. FOURNIER, B. BEAUVAIS, R. TREMBLAY et autres (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 516 p.

CAMIRAND, J., R. MASSÉ, C. FRENETTE et M. TOUSIGNANT (1993). *Rapport de la mi-enquête : analyse et demande de tableaux,* Groupe environnemental social, Enquête Santé Québec 1992-1993 (document de travail).

CLARKSON, M., L. PICA et H. LACOMBE (2000). « Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 29.

CLERMONT, M., et Y. LACOUTURE (2000). « Orientation sexuelle et santé » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 10.

COLES, R. R. A. (1984). « Epidemiology of tinnitus: (1) Prevalence », *Journal of Laryngology and Otology*, vol. 98, (suppl. 9), p. 7-15.

CÔTÉ, D., E. GAGNON, C. GILBERT, N. GUBERMAN, F. SAILLANT, N. THIVIERGE et M. TREMBLAY (1998). *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec,* Condition féminine, Gouvernement du Canada, 134 p.

DANDURAND, R. B. (1994). « Divorce et nouvelle monoparentalité » dans DUMONT, F., et autres, *Traité des problèmes sociaux,* Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 519-544.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998,* Québec, Institut de la statistique du Québec.

DAVIS, A. C. (1983). « Hearing disorders in the population, First phase finding of the MRC National Study of Hearing » dans LUTMAN, M.E., et M.P. HAGGARD (éd.), *Hearing Science and Hearing Disorders,* London, Academic Press, p. 35-62.

DAVIS, A. C. (1989). « The prevalence of hearing impairment and reported hearing disability among adults in Great Britain », *International Journal of Epidemiology,* vol. 18, n° 4, p. 911-917.

DERRIENNIC, F., A. TOURANCHET et S. VOLKOFF (1992). « Enquête E.S.T.E.V. : un instrument d'étude des relations entre âge, santé et travail », *Archives des maladies professionnelles*, vol. 53, n° 2, p. 79-89.

DUNNIGAN, L. (2000). « Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 21.

ERNST, P., K. DEMISSSIE, L. JOSEPH, U. LOCHER et M.R. BECKLAKE (1995). « Socioeconomic status and indicators of asthma in children ». *Am J Respir Crit Care Med*, vol. 152, n°2, p. 570-575.

EVANS, R. 3RD, D. I. MULLALLY, R. W. WILSON, P. J. GERGEN, H. M. ROSENBERG, J. S. GRAUMAN, F. M. CHEVARLEY et M. FEINLEIB (1987). « National trends in the morbidity and mortality of asthma in the U.S. Prevalence, hospitalization and death from asthma over two decades: 1965-1984 ». *Chest*, vol. 91 (suppl 6), p. 65S-74S.

FOURNIER, L. (2001). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

FOURNIER, M.-A., et J. PICHÉ (2000). « Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux » dans *Enquête sociale et de santé 1998,* Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 19, p. 388.

GALLOP POLL LTD. (1984). « A study of the behaviour and attitudes of Canadians with respect to weight consciousness and weight control », May.

HAGAN, L., D. MORIN et R. LÉPINE (1998). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC - Perception des utilisateurs,* Faculté des sciences infirmières, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec, 163 p.

HAMELIN, A.-M. (1999). *L'Insécurité alimentaire des ménages dans la région de Québec : une première exploration,* Thèse de doctorat, Québec, Université Laval, 254 p.

ILFELD, F. W. (1976). « Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population », *Psychological Reports*, vol. 39, n°2, p. 1215-1228.

ILFELD, F. W. (1978). « Psychological status of community residents along major demographic dimensions », *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, n°4, p. 716-724.

KARASEK, R. (1985). *Job Content Questionnaire and User's Guide*, Department of Industrial and System Engineering, Los Angeles, University of Southern California, 50 p.

KARASEK, R., et T. THEORELL (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 381 p.

KENDAL, A. C., M. OLSON et E. A. FRONGILLO JR (1995). « Validation of the Radimer/Cornell measures of hunger and food insecurity », *Journal of Nutrition,* vol. 125, n°11, p. 2793-2801.

KESSLER, R. C., R. G. FRANK, M. EDLUND, S. J. KATZ, E. LIN et P. LEAF (1997). « Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, n°8, p.551-557.

KUORINKA, I., B. JONSSON, A. KILBOM, H. VINTERBERG et F. BIERING-SORENSON (1987). « Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms », *Applied Ergonomics,* vol. 18, p. 233-237.

KUORINKA, I. et L. FORCIER (1995). *Les lésions attribuables au travail répétitif (LATR) : ouvrage de référence sur les lésions musculo-squelettiques liées au travail*, Sainte-Foy, Québec, Édition MultiMondes, 510 p.

LAPOINTE, F., R. COURTEMANCHE, Y. LATULIPPE, L. PICA et N. AUDET (à paraître). *Étude parallèle : étude réalisée en même temps que l'Enquête sociale et de santé 1998 pour évaluer un mode de collecte alternatif au face à face (titre provisoire)*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

LAROCQUE, B., C. BRISSON ET C. BLANCHETTE (1998). « Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du "Job Content Questionnaire" de Karasek », *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* vol. 96, p. 371-381.

LEAUNE, V., et A. ADRIEN (1998). *Les Québécois face au sida : attitudes envers les personnes vivant avec le VIH et gestion des risques*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; ISBN : 2-89494-176-5.

LESAGE, A., et autres (1994). *Une procédure d'évaluation des besoins d'intervention en santé mentale : une étude de faisabilité, de fiabilité et de validité menée sur un échantillon représentatif de la population adulte de l'est de Montréal*, Centre de recherche Fernand-Séguin, Montréal, 59 p.

LEVASSEUR, M. (1987). *Sources et justifications des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec,* Cahier technique 87-03, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 46 p.

LEVASSEUR, M. (2000). « Perception de l'état de santé » dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 259.

LÉVESQUE, B., D. GAUVIN, R. McGREGOR et autres (1997). « Radon in residences: influences of geological and housing characteristics », *Health Physics*, vol. 72, n°6, p. 907-914.

LÉVESQUE, B., P. LAJOIE, M. RHAINDS, T. KOSATSKY, A.-M. GRENIER, P. ERNST et N. AUDET (2001). « Enquête sociale et de santé 1998 au Québec : divers déterminants des maladies chroniques respiratoires », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 92, n° 3, p. 228-232.

LÉVY, J., A. DUPRAS, M. PERREAULT, M. DORAIS et L.-R. FRIGAULT (1995). *Style de vie et comportements sexuels des hommes francophones de Montréal ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes*, rapport de recherche, projet subventionné par le CQRS, Université du Québec à Montréal, Département de sexologies, Montréal, 57 p.

MALADIES CHRONIQUES AU CANADA (1994). « Recommandations de l'atelier sur l'usage et la consommation du tabac », vol. 15, p. 120-125.

MARCUS, B. H., V. C. SELBY, R. S. NIAURA et J. S. ROSSI (1992). « Self-efficacy and the stages of exercise behaviour change », *Research Quarterly for Exercise and Sport by the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance*, vol. 63, n°1, p.60-66.

MASSÉ, R., et autres (1998a). *Élaboration et validation d'outil de mesure de la santé mentale : tome 1, étude ethnosémantique; tome 2, étude de validation*, Direction de la santé publique de Montréal Centre.

MASSÉ, R., C. POULIN, C. DASSA, J. LAMBERT, S. BÉLAIR et A. BATTAGLINI (1998b). Élaboration et validation d'un outil de mesure de détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones, *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89, n°3, p. 183-189.

MASSÉ, R., et autres (1998c). « The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures », *Social Indicators Research*, vol. 45, p.475-504.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, 192 p.

NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION (1997). *Tracking nutrition trends 1989 - 1997, An update on Canadians' attitudes, knowledge and reported actions*, Ottawa, NIN, 50 p.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME, G. GODIN, D. HAMEL et autres (à paraître). *Rapport de l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998,* Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec.

OFFORD, D.R., M.H. BOYLE, D. CAMPBELL, P. GOERING, E. LIN, M. WONG et Y.A. RACINE (1996). « One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age », *Can J Psychiatry*, vol. 41, n°9, p. 559-563.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1998). « Obesity: Preventing and managing the global epidemic », *Report of a WHO Consultation on Obesity,* Genève, 1998.

PAYETTE, H., R. CYR et D. K. GRAY (1994). *Évaluation de l'efficacité d'une questionnaire pou dépister le risque de malnutrition chez les personnes âgées bénéficiaires des services d'aide à domicile,* Rapport de recherche, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Sherbrooke.

PRÉVILLE, M., et autres (1992). « La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* », *Les cahiers de recherche,* n°7, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 54 p.

QUÉBEC (PROVINCE) (1997). *Gazette officielle du Québec,*, 16 avril, Partie 2, Lois et règlements, n°15, p. 2117-2129.

RADIMER, K. L., C. M. OLSON, J. C. GREENE, C. CAMPBELL et J. P. HABICHT (1992). « Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, n°1S, p. 36S-45S.

RIOU, A., et autres (à paraître). *Enquête sur la résolution de conflits conjugaux*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes,* Rapport du groupe d'experts des normes pondérales, Ottawa, 135 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990). *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, Points saillants*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 360 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, ROOTMAN, I., R. WARREN, T. STEPHENS et L. PETERS (éd.) (1988). *Rapport technique : Enquête Promotion Santé Canada*, Ottawa, Minister of Supply and Services, 249 p. (N° de cat. H39-119-1988F).

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, STEPHENS, T. et G. D. FOWLER (sous la direction de) (1993). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique,* Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 360 p. (N° de cat. H39-263/2-1990F).

SANTÉ QUÉBEC (1992). *Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. DAVELUY, L. CHÉNARD, M. LEVASSEUR et A. ÉMOND (sous la direction de) (1994). *Et votre cœur, ça va? Rapport de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 159 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la santé et des services sociaux, 412 p.

SANTÉ QUÉBEC, L. BERTRAND (sous la direction de) (1995). *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux? Rapport de l'Enquête québécoise sur la nutrition, 1990*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 317 p.

SHADBOLT, B. (1997). « Some correlates of self-rated health for Australian women », *American Journal of Public Health,* vol. 87, n°6, p. 951-956.

SOM INC. (1998a). *Étude de notoriété et de l'utilisation du service Info-Santé CLSC*, Québec, 44 p.

SOM INC. (1998b). *Étude de notoriété et de l'utilisation du service Info-Santé CLSC*, (*Tableaux détaillés)*, Québec (calculs effectués à l'aide des tableaux Q5 et Q15).

STATISTIQUE CANADA (1988). *Enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogues*, ENCAD 02 (questionnaire), Ottawa, Statistique Canada, 14 p.

TRAHAN, L., P. BÉGIN, M. DEMERS et P. LAFONTAINE (1999). *Évolution des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires - Ensemble du Québec*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 119 p.

TRAHAN, L., P. BÉGIN et J. PICHÉ (2001). « Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 20, p. 409.

TURNER, R. J., B. WHEATON et D. S. LLOYD (1995). «The epidemiology of social stress », *American Sociological Revue*, vol. 60, p. 104-125.

WHEATON, B. (1991). *The specification fo chronic stress: model and measurement*, Paper presented at an annual meeting of the Society for the study of social problems, August, Cincinnati, Ohio.

WHEATON, B. (1994). « Sampling the stress universe », dans AVISON, W.R. et I.H. GOTLIB (éd.), *Stress and mental health: contemporary issues and prospects for the future*, New York, Plenum.

WILKINS, R., M. ROCHON et P. LAFONTAINE (1995). « Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la santé et des services sociaux, p. 279-311.

WILSON D., S. XIBIN, P. READ et autres (1992). « Hearing loss - an underestimated public health problem », *Australian Journal of Public Health,* vol. 16, n°3, p. 282-286.

PARTIE III

Aspects techniques

ROBERT COURTEMANCHE

LUC CÔTÉ

FRANCE LAPOINTE

JIMMY BAULNE

AVEC LA COLLABORATION DE

ANNIE PARENT POUR LES SECTIONS 15.1 ET 15.2

ET DE LYNE DES GROSEILLERS POUR LA SECTION 15.3

DIRECTION DE LA MÉTHODOLOGIE ET DES ENQUÊTES SPÉCIALES

Introduction

Dans le cadre de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales (DMES) a été le partenaire de la Direction Santé Québec pour toutes les questions reliées à la méthodologie d'enquête. Elle a été particulièrement responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan de sondage, de l'analyse de la non-réponse, de l'élaboration des procédures de pondération et du choix des méthodes statistiques d'analyse.

En raison de cette expertise, la DMES a collaboré aux travaux du comité scientifique, à la formation des coordonnateures régionales, spécialement pour le volet «énumération », et aux sessions de formation des groupes d'analyse, ainsi que celle sur les procédures de confidentialité des microdonnées. Elle a aussi été mise à contribution pour tous les aspects statistiques du traitement des données et pour la révision des éléments statistiques du rapport général de l'enquête.

Cette 3e partie du cahier technique et méthodologique de l'ESS98 regroupe donc l'information de nature statistique développée tout au long du processus d'enquête. On y retrouve d'abord des précisions sur le plan de sondage et sur les résultats de collecte étudiés sous l'angle de la non-réponse globale. L'inférence des résultats de l'échantillon à la population visée requérant l'utilisation de procédures de pondération, un chapitre est ensuite consacré à la description détaillée de celles-ci. L'examen de la non-réponse partielle est aussi un préalable au traitement des données, pour détecter la présence potentielle de biais pouvant avoir un impact sur les estimations; ce sujet fait aussi l'objet d'un chapitre. Une attention particulière a été accordée au problème soulevé par le taux élevé de non-réponse pour l'indice sur le niveau de revenu. Le chapitre suivant porte sur les méthodes d'analyse et renseigne sur la production des estimations, le calcul de la précision qui leur est associée, et les méthodes ayant servi à la construction des tests statistiques.

Note des auteurs : comme chaque étape de cette enquête est semblable à celle effectuée en 1992-1993, le présent texte reprend en bonne partie le cahier technique et méthodologique de l'enquête sociale et de santé de 1992-1993 (Bellerose et autres, 1996).

12. Plan de sondage

12.1 Définition des populations

Population visée

L'*Enquête sociale et de santé* vise tous les ménages privés du Québec à l'exception de ceux des régions crie et inuite ainsi que des réserves indiennes.

Par ménage privé, le recensement canadien entend « une personne ou un groupe de personnes (autres que des résidents étrangers) occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada ». Les individus vivant dans un ménage collectif ne sont pas visés par l'enquête. Selon le recensement[16] de 1991, ils représentaient environ 1,8 % de la population du Québec. Ces ménages collectifs se caractérisaient par une plus forte proportion de personnes âgées de 65 ans et plus.

16. Lors des travaux sur le plan de sondage, seules les données du recensement de 1991 étaient alors disponibles.

Les régions crie et inuite ont été couvertes par des enquêtes particulières (Daveluy et autres, 1994; Jetté, 1994). Étant donné leur culture spécifique, l'éloignement et l'immensité de leur territoire, la couverture de ces régions nécessitait l'emploi de leur langue et un mode de collecte adapté à leur situation.

Les réserves indiennes ne sont pas non plus retenues dans la population visée, à cause des difficultés potentielles d'accès à ces territoires. En effet, chaque chef de bande a le droit d'autoriser ou non la présence d'intervieweurs sur son territoire. Il n'était pas possible d'avoir seulement une partie de ces réserves dans l'enquête. En outre, dans ces territoires, certains soins de première ligne sont sous la responsabilité du gouvernement fédéral. De plus, les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 avaient dû également les exclure. Ainsi, selon le recensement canadien de 1991, les individus vivant dans un ménage privé situé dans une réserve indienne ou dans les régions crie et inuite représentaient environ 0,4 % de la population du Québec.

Par ailleurs, la région sociosanitaire Nord-du-Québec constitue maintenant une région distincte dans la présente enquête. Ainsi, les municipalités de Chibougamau et de Chapais ne font plus partie de la région Saguenay?Lac-St-Jean, comme c'était le cas lors de l'enquête de 1992-1993. Il en est de même pour les villes de Matagami et de Lebel-sur-Quévillon qui avaient été annexées à la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Désormais, ces quatre localités, à laquelle s'ajoute la municipalité de la Baie-James, forment la région du Nord-du-Québec.

Au moment du choix définitif de la population visée, la région Mauricie?Centre-du-Québec n'avait pas été subdivisée en deux régions distinctes. Elle a été considérée comme telle. Ainsi, avec l'ajout de la région Nord-du-Québec, l'enquête sociale et de santé de 1998 couvre 16 régions sociosanitaires.

En tout, la population visée par l'*Enquête sociale et de santé 1998* représente 97,4 % de l'ensemble de la population québécoise[17].

Population échantillonnée

Certaines contraintes, principalement associées aux activités de collecte et à leurs coûts, nous obligent à faire quelques ajustements à la population visée. Ainsi, les territoires non organisés, les localités très éloignées ou difficilement accessibles et les secteurs de dénombrement avec peu de ménages privés ne sont pas conservés pour l'enquête de 1998 :

Les territoires non organisés sont des régions sans organisation municipale, administrées directement par la municipalité régionale de comté (MRC). Ils sont caractérisés par la faible densité de leur population et l'étendue de leur territoire. Ils représentent 0,03 % de la population visée.

Certaines localités sont exclues à cause de leur éloignement des autres villes ou parce qu'elles sont difficilement accessibles. La région du Nord-du-Québec et celle de la Côte-Nord sont davantage touchées par ce phénomène, bien que pour la Côte-Nord, les localités d'Aguanish, de Baie-Johan-Beetz et de Natashquan ne sont plus exclues comme cela était le cas pour les enquêtes précédentes, le tronçon de route les reliant à Havre-St-Pierre ayant été complété. Le tableau 12.1 indique les municipalités ayant été mises de côté avec le nombre de ménages privés correspondant. Elles représentent 0,11 % de la population visée.

17. Bien que le recensement canadien inclut les résidents non permanents dans la population québécoise, ceux-ci ne sont pas visés par l'ESS98. En 1991, ils représentaient environ 0,3 % de la population québécoise.

Les secteurs de dénombrement sont les unités de base de toutes les unités géostatistiques du recensement. Comme les secteurs de dénombrement en milieu urbain ont une densité de population supérieure à ceux en milieu rural, une distinction est faite à ce niveau. Ainsi, les secteurs de dénombrement en milieu rural avec au plus 20 ménages privés ne sont pas retenus. En milieu urbain, ne sont pas conservés les secteurs de dénombrement avec 10 ménages et moins. Au total, les secteurs mis de côté comptent pour 0,03 % de la population visée.

Toujours selon les données de recensement de 1991, la population échantillonnée couvre environ 99,8 % de la population visée par l'enquête de 1998. La couverture est excellente partout au Québec, s'établissant à au moins 99 % pour chaque région, sauf pour la Côte-Nord et le Nord-du-Québec (respectivement 94,2 % et 93,5 %). La couverture de la Côte-Nord est toutefois meilleure que celle de l'enquête de 1992-1993. Dans le cas de ces deux régions, on doit alors supposer que la population exclue de l'enquête est semblable à celle qui est couverte.

Tableau 12.1
Municipalités éloignées exclues de la population échantillonnée selon la région et le nombre de ménages privés, *Enquête sociale et de santé 1998*

Région	Municipalité	Nombre de ménages privés[1]
Mauricie?Centre-du-Québec	**Lac-Édouard**	65
	Parent	150
Côte-Nord	Blanc-Sablon	365
	Bonne-Espérance	240
	Côte-Nord-du-Golfe-St-Laurent	830
	Île-d'Anticosti	110
	Schefferville	110
Nord-du-Québec	Baie-James (sauf Beaucanton, Val-Paradis, Villebois, Joutel)	370
Total		**2 240**

1 Source : Recensement canadien de 1991.

12.2 Base de sondage

L'*Enquête sociale et de santé 1998* repose sur une base de sondage hiérarchique à trois degrés. Elle est aréolaire aux deux premiers degrés, c'est-à-dire que les unités qu'elle contient correspondent à des aires géographiques définies à partir des données du recensement de 1991. Le 3e degré est formé de la liste des logements situés à l'intérieur des aires sélectionnées au 2e degré.

L'utilisation d'une base hiérarchique comprenant une base aréolaire a été rendue nécessaire principalement à cause des limites des listes de population comme bases de sondage. En effet, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) gère une liste complète et centralisée de la population québécoise, soit le fichier d'inscription des personnes assurées. Cette liste, utilisée comme base lors de l'*Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, a occasionné des difficultés lors de la collecte (mauvaises adresses) et a impliqué des taux de réponse plus faibles que ceux attendus avec une autre base. De plus, il n'existe pas d'identification du ménage dans cette base qui soit conforme à la définition utilisée pour la présente enquête. L'abandon du ménage comme unité d'enquête aurait rendu l'enquête de 1998 difficilement comparable avec

celles de 1987 et de 1992-1993. Étant donné l'envergure de l'enquête de 1998 et l'importance de l'objectif de comparabilité, l'utilisation du fichier de la RAMQ comme base de sondage a été abandonnée. Par ailleurs, il n'a pas été possible d'examiner la liste permanente des électeurs gérée par le Directeur général des élections.

Une base de sondage aréolaire permet par ailleurs une concentration de l'échantillon des ménages. Et même si cette concentration diminue la précision des estimations, elle facilite la collecte autant du point de vue financier qu'organisationnel. Sans la concentration de l'échantillon, les coûts des déplacements, tout particulièrement ceux qu'on doit faire pour obtenir des taux de réponse acceptables, seraient exorbitants.

Au premier degré, les unités de la base aréolaire s'appellent unités primaires d'échantillonnage (UPE). La liste complète des UPE avec leurs caractéristiques constitue la base de sondage. Elle couvre l'ensemble de la population échantillonnée. Les principales caractéristiques inscrites à la base de sondage sont la localisation géographique et le nombre de ménages privés. Les données socioéconomiques du recensement, utiles aux étapes subséquentes de l'élaboration du plan de sondage, apparaissent également dans la base de sondage.

L'information servant à former les UPE provient du dernier recensement canadien dont les données étaient disponibles lors de la préparation de l'enquête, soit celui de 1991. Les unités à la base des UPE correspondent aux plus petites unités géographiques et statistiques du recensement. Pour les régions métropolitaines de recensement, l'information statistique est connue jusqu'au niveau du côté d'îlot[18], l'arête d'un pâté de maison. Pour les autres territoires, le recensement les découpe en secteurs de dénombrement (SD). Ces dernières unités couvrent en général quelques pâtés de maison en milieu urbain ou une partie d'une municipalité en milieu rural. Les données géographiques et statistiques ont été obtenues de Statistique Canada.

Formation des unités primaires d'échantillonnage

Les UPE ont été formées d'un secteur de dénombrement ou d'un regroupement de secteurs de dénombrement. Contrairement à l'enquête de 1992-1993, il n'y a pas d'UPE qui ont été formées à partir des côtés d'îlots.

Le nombre de ménages privés appartenant à un même secteur de dénombrement varie entre zéro et 595 selon le recensement canadien de 1991. Pour homogénéiser la taille des UPE, des SD ont été regroupés de façon à obtenir un minimum de 60 ménages privés par UPE située dans une région métropolitaine de recensement (RMR) et un minimum de 80 ménages privés par UPE localisée ailleurs au Québec. Ces nombres minimaux sont un compromis entre l'importance de la tâche à effectuer lors de l'énumération des logements pour former le troisième degré de la base et l'effet positif d'une certaine dispersion géographique de l'échantillon sur la qualité du plan de sondage.

Les UPE correspondent, dans 95 % des cas, à des SD uniques et les autres UPE sont des regroupements de SD. Pour ces 5 % restant, les critères de regroupements de SD sont les suivants :

? les SD appartiennent à la même région sociosanitaire;

18. Cette terminologie provient du recensement canadien. Pour une définition complète, voir le dictionnaire du recensement canadien de 1991.

- le nombre total de ménages privés du regroupement envisagé doit être égal ou supérieur à 60 pour des SD provenant d'une RMR et égal ou supérieur à 80 pour des SD situés ailleurs au Québec;

- les SD regroupés sont contigus;

- le nombre total de ménages privés du regroupement est proche du nombre moyen de ménages par UPE dans la région;

- le regroupement minimise la superficie habitée.

Les trois premiers critères ont servi à obtenir l'ensemble des regroupements possibles et les deux derniers ont permis de choisir à l'intérieur de cet ensemble. Ces critères visaient également à mieux contrôler la tâche lors de l'énumération tout en assurant une certaine dispersion géographique de l'échantillon.

Les 9 169 UPE ainsi formées se répartissent en deux grands types : celles qui comptent un seul secteur de dénombrement et celles correspondant à un regroupement de secteurs de dénombrement. La distribution des UPE selon leur type est présentée au tableau 12.2.

Tableau 12.2
Répartition des UPE selon le type, *Enquête sociale et de santé 1998*

Type	Nombre d'UPE	%
1 SD	8 706	94,95
Regroupement de 2 SD	435	4,74
Regroupement de 3 SD	27	0,30
Regroupement de 4 SD	1	0,01
Total	**9 169**	**100,00**

Le nombre de ménages privés contenus dans chaque UPE varie de 60 à 625, avec une moyenne de 286 ménages privés. Le nombre d'UPE par région sociosanitaire varie quant à lui de 24 dans le Nord-du-Québec à 2 799 pour Montréal-Centre. Ces variations proviennent principalement des variations de population. Le tableau 12.3 précise le nombre total d'UPE sur le territoire de chaque région sociosanitaire.

Tableau 12.3
Nombre total d'UPE pour chaque territoire de région sociosanitaire, *Enquête sociale et de santé 1998*

Région sociosanitaire		Nombre d'UPE
1	Bas-Saint-Laurent	286
2	Saguenay–Lac-Saint-Jean	312
3	Québec	829
4	Mauricie–Centre-du-Québec	603
5	Estrie	373
6	Montréal-Centre	2 799
7	Outaouais	376
8	Abitibi–Témiscamingue	200
9	Côte-Nord	112
10	Nord-du-Québec	24
11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	138
12	Chaudière-Appalaches	479
13	Laval	358
14	Lanaudière	410
15	Laurentides	479
16	Montérégie	1 391
Total		**9 169**

Formation des unités secondaires d'échantillonnage

Lors de l'enquête précédente, la notion d'îlot, un regroupement de côtés d'îlots situés dans un pâté de maison, a été largement utilisée dans la formation des UPE. En effet, près des deux tiers des UPE situées dans une RMR impliquait cette notion. Malheureusement, le fichier des côtés d'îlots du recensement de 1991 ne permet plus d'identifier à quel îlot appartiennent les côtés d'îlots, contrairement à celui du recensement de 1986.

Quelques possibilités s'offraient à nous. La première option suggérait d'utiliser le secteur de dénombrement ou un regroupement de SD comme UPE, même dans les régions métropolitaines de recensement. Toutefois, les coûts et le temps consacrés à l'énumération augmentaient substantiellement. Une seconde option envisageait de constituer les îlots en appariant le fichier des côtés d'îlots du recensement de 1991 avec celui du recensement de 1986. Toutefois, cette option engendrait beaucoup de travail manuel car l'appariement ne se faisait pas aisément. En outre, plusieurs îlots ne pouvaient être construits totalement suite à la construction de nouvelles artères survenues entre les deux recensements. Une troisième option utilisait les UPE de l'enquête sur la population active qui est réalisée mensuellement par Statistique Canada. Plus d'inconvénients que d'avantages se dégageaient de cette option, principalement à cause de la dépendance de l'ESS98 vis-à-vis l'organisme statistique fédéral. Finalement, une dernière option proposait d'ajouter un degré additionnel d'échantillonnage en scindant en deux une UPE populeuse située dans une RMR, en échantillonnant une des deux parties de l'UPE divisée et en procédant à l'énumération de la partie sélectionnée seulement. Cette solution a été retenue car elle permettait de diminuer les coûts et les temps d'énumération dans les UPE où il y a un nombre important de logements sans avoir d'impact négatif sur la variance.

Plus précisément, une UPE sélectionnée au premier degré fait l'objet d'une scission si :

? elle est située dans une RMR;

? elle est issue d'un seul secteur de dénombrement;

? elle contient au moins 350 logements privés selon le recensement de 1991;

? chacune des deux parties de l'UPE contient un minimum de 60 logements, constituée en côtés d'îlots contigus.

Si ces quatre critères sont respectés, l'UPE échantillonnée au premier degré est divisée en deux unités secondaires d'échantillonnage (USE) de taille à peu près égale idéalement; une seule des deux USE est échantillonnée. Si l'un de ces quatre critères fait défaut, l'UPE n'est pas scindée. Dans ce cas, l'USE correspond exactement à l'UPE. La formation des USE a été réalisée à l'aide du logiciel cartographique MAPINFO.

Les USE ainsi formées se répartissent en trois grands types : celles qui comptent un seul secteur de dénombrement, celles correspondant à un regroupement de secteurs de dénombrement et finalement, celles qu'on obtient de la scission d'une UPE. Ce dernier type se retrouve seulement dans les régions métropolitaines de recensement.

Unité tertiaire d'échantillonnage

Les logements à l'intérieur de chaque USE sélectionnée ont été énumérés. Cette opération de terrain, nommée « énumération », est décrite à la première partie du présent document. L'ensemble des listes ainsi obtenues forment le troisième degré de la base de sondage. Ces listes constituent le seul moyen permettant de tirer un échantillon probabiliste à partir d'une base aréolaire. Plus de détails sur le nombre d'UPE, d'USE échantillonnées et le nombre de logements énumérés dans chacune des USE sont présentés à la section sur la taille et la répartition de l'échantillon.

Validation de l'énumération

Comme il a été mentionné plus haut, une liste de logements privés a été dressée pour chacune des USE sélectionnées au deuxième degré. Toutefois, avant de procéder au tirage de logements, des vérifications ont été effectuées afin de s'assurer le mieux possible de la présence de tous les logements privés situés dans l'USE échantillonnée, de même que de l'exactitude et de la clarté des informations inscrites sur les listes d'énumération (adresse, numéro civique, numéro d'appartement, nom de rue ou description du logement).

Au niveau des USE hors RMR, la validation des listes se résumait à peu de choses. En fait, elle consistait à comparer le nombre de logements énumérés dans l'USE avec le nombre de logements recensés en 1991 et à suivre le trajet parcouru par l'énumérateur. Ceci nous permettait de vérifier si des rues faisant partie de l'USE sélectionnée avaient été oubliés, si l'énumérateur avait inscrit des logements hors USE ou si des logements avaient été énumérés plus d'une fois.

Une validation de meilleure qualité a pu être effectuée pour les listes provenant des USE sélectionnées dans une RMR. En effet, pour chaque côté d'îlot, nous connaissions le nombre de logements privés recensés en 1991, ainsi que le premier et dernier numéro civique associés au côté d'îlot. Il était alors plus facile de vérifier si des logements avaient été oubliés.

Également, 10 % des USE sélectionnées ont été énumérées une seconde fois. Cette opération visait à s'assurer d'avoir la meilleure base de sondage possible pour échantillonner les logements. Les USE à réénumérer étaient sélectionnées au hasard et une liste était dressée par un autre énumérateur. La validation consistait à confronter les deux listes pour en dresser une consolidée ou finale.

12.3 Stratification

La stratification consiste à partitionner la population. Chaque partie est appelée strate. Chacune correspond à un regroupement d'UPE de la base de sondage. L'échantillon est ensuite sélectionné indépendamment d'une strate à l'autre.

Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, la stratification s'est opérée en deux étapes. La stratification principale vise à rencontrer des objectifs liés à la précision des statistiques pour chaque région sociosanitaire et certaines aires vulnérables décrites dans cette section. Les strates principales sont ensuite partitionnées en strates secondaires dans le but de s'assurer d'une meilleure répartition de l'échantillon de la strate principale selon la taille de l'UPE et de simplifier l'estimation de la variance des statistiques produites dans l'enquête.

Stratification principale

Comme il a été mentionné, la stratification principale vise à obtenir une précision acceptable pour des territoires donnés. Les strates principales sont donc décrites par le croisement des régions sociosanitaires et des aires homogènes. Une taille d'échantillon a été fixée par région afin d'obtenir une bonne précision pour les statistiques correspondant à ces territoires. L'utilisation des aires a permis de bien répartir l'échantillon régional.

a) Régions sociosanitaires

Les seize régions sociosanitaires, comprises dans la population visée, sont définies selon les limites existant au moment du recensement canadien de 1991.

Le nombre de ménages privés par région est présenté au tableau 12.4. On peut remarquer la très grande variabilité du nombre de ménages d'une région à une autre (de 6 000 à 757 000). Pour obtenir une taille d'échantillon minimum dans les régions peu populeuses, il devient incontournable de stratifier selon les régions.

Tableau 12.4

Répartition des ménages québécois selon la région sociosanitaire et l'aire homogène (en milliers), *Enquête sociale et de santé 1998*

	Aire homogène												
Région	**M1**	**M2**	**M3**	**C1**	**C2**	**C3**	**A1**	**A2**	**A3**	**R1**	**R2**	**R3**	**Total[2]**
1	0	0	0	0	0	0	11	26	12	11	13	2	**74**
2	0	0	0	25	30	3	8	19	3	6	5	1	**98**
3	0	0	0	35	121	57	1	14	0	4	9	2	**243**
4	0	0	0	17	33	4	21	49	16	3	30	4	**177**
5	0	0	0	12	37	6	3	15	4	2	14	8	**103**
6	162	392	204	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**757**
7	0	0	0	12	49	24	1	4	1	4	10	2	**105**
8	0	0	0	0	0	0	11	21	9	6	7	0[1]	**54**
9	0	0	0	0	0	0	6	15	8	2	2	0[1]	**32**
10	0	0	0	0	0	0	1	4	0[1]	0	1	0	**6**
11	0	0	0	0	0	0	3	5	0	12	14	2	**36**
12	0	0	0	1	32	7	6	33	6	9	30	5	**129**
13	13	93	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**114**
14	17	37	0[1]	0	0	0	5	20	5	6	22	6	**118**
15	18	47	3	0	0	0	9	22	10	4	16	12	**140**
16	37	173	33	0	0	0	21	76	34	1	36	24	**436**
Total[2]	**247**	**742**	**247**	**101**	**302**	**101**	**108**	**323**	**108**	**69**	**207**	**68**	**2 623**

1. Les cellules ne sont pas vides, mais elles comprennent moins de 500 ménages.
2. La somme des éléments ne concorde pas nécessairement avec les totaux à cause des arrondissements.

Source : Recensement canadien de 1991.

b) *Aires homogènes*

Avec les données de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Pampalon et autres (1990, 1995) ont montré l'existence d'aires non contiguës qui divisent le territoire québécois avec une certaine homogénéité par rapport aux indicateurs de santé. Le découpage du Québec en aires homogènes diffère de celui obtenu selon les régions sociosanitaires. Comme la présente enquête reprend en majorité les indicateurs des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, ce découpage permet de répartir l'échantillon régional selon des strates homogènes et assure ainsi une bonne stratification.

Les aires homogènes associées aux enquêtes de 1987 et de 1992-1993 sont définies selon deux critères : la zone et un indicateur socioéconomique. Les zones découpent le Québec en quatre territoires : la métropole (M), soit la région métropolitaine de recensement de Montréal; les capitales régionales (C), soit les régions métropolitaines de recensement de Québec, de Chicoutimi-Jonquière, de Hull, de Sherbrooke et de Trois-Rivières; les autres agglomérations et villes (A); le rural (R). L'indicateur socioéconomique divise ensuite chaque zone en trois aires : vulnérable (notée 1), intermédiaire (notée 2) et peu vulnérable (notée 3). Douze aires sont ainsi formées.

Pampalon et autres (1998) ont révisé le modèle des aires homogènes avec la présente enquête. Des changements sont survenus dans la définition même des unités qui sont à regrouper en aires (unités géographiques de base). Le choix de variables socioéconomiques pouvant servir à former les aires était plus considérable. De plus, de nouvelles méthodes statistiques ont été utilisées.

Par ailleurs, les données sur les variables socioéconomiques de même que la définition des zones de la métropole et des capitales régionales proviennent du recensement de 1991. La définition de la zone « agglomérations et villes » a légèrement changé depuis la dernière enquête et correspond à toutes les agglomérations de recensement, selon le recensement de 1991, de même que toutes les municipalités dont plus de la moitié des secteurs de dénombrement sont urbains d'après Statistique Canada. Les autres territoires ne se retrouvant pas dans les zones décrites ci-dessus forme la zone rurale. L'importance relative des zones en termes de ménages est donnée au tableau 12.5.

Tableau 12.5
Répartition des ménages privés québécois selon la zone, *Enquête sociale et de santé 1998*

Zone	Nombre de ménages[1]	%
Métropole	1 235 620	47,1
Capitales régionales	503 872	19,2
Agglomérations et villes	538 730	20,6
Rural	344 418	13,1
Total	**2 622 640**	**100,0**

1 Selon le recensement canadien de 1991.

Des indicateurs socioéconomiques, différents de ceux retenus pour les enquêtes de 1987 et de 1992-1993, ont été utilisés pour découper les zones en aires, tel qu'indiqué au schéma 12.1. Ces indicateurs sont standardisés selon l'âge et le sexe lorsque cela s'avère possible et ne concernent que la population des 15 ans et plus.

Schéma 12.1
Éléments statistiques à la base du découpage par aire homogène, *Enquête sociale et de santé 1998*

Zone	**Indicateurs socioéconomiques**	**Unités géographiques de base**
Métropole	? Statut d'activité ? Scolarité ? Langue parlée à la maison	Secteur de dénombrement et municipalité
Capitales régionales	? Statut d'activité ? Scolarité ? Mode d'occupation du ménage	Secteur de dénombrement et municipalité
Agglomérations et villes	? Statut d'activité ? Scolarité ? Mode d'occupation du ménage	Secteur de dénombrement et municipalité
Rural	? Statut d'activité ? Scolarité	Municipalité

Source : Pampalon et autres (1998)

La détermination de ces indicateurs socioéconomiques s'est déroulée en quelques étapes. Une première analyse a porté sur les individus en utilisant les données de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Un ensemble d'indicateurs socioéconomiques, tiré de cette enquête, a été retenu. Le but recherché était d'identifier, parmi cet ensemble d'indicateurs, ceux les plus associés aux indicateurs de santé suivants : perception de la santé et limitation des activités. Pour ce faire, un modèle de régression logistique a été construit séparément pour chaque indicateur de santé. Les analyses se sont faits séparément pour chaque zone, étant donné que des aires homogènes spécifiques à chaque zone étaient recherchées.

Parallèlement et toujours pour chaque zone, une analyse en composantes principales a été effectuée sur le même ensemble d'indicateurs socioéconomiques, mais avec les données du recensement de 1991, en considérant comme unité d'analyse les unités géographiques de base. L'analyse en composantes principales a permis de confirmer les résultats obtenus avec les modèles de régression logistique.

Par la suite, une autre analyse en composantes principales a été réalisée, cette fois-ci en ne tenant compte que des indicateurs socioéconomiques retenues comme meilleurs prédicteurs de l'état de santé. Cette nouvelle analyse a permis de créer, par zone, une variable de synthèse qui est une combinaison linéaire de ceux-ci. Par exemple, pour la zone « métropole », la variable de synthèse est une combinaison linéaire du statut d'activité, de la scolarité et de la langue parlée à la maison.

Lors de l'enquête de 1992-1993, une méthode de classification automatique (« *cluster* »), celle de Ward, avait permis de déterminer des bornes afin de découper efficacement chaque zone en trois aires. Pour la présente enquête, les méthodes de classification automatique n'ont pas donné les résultats souhaités. La variable de synthèse a été fragmentée en quintiles de façon à ce que les aires vulnérables et peu vulnérables puissent représenter environ 20 % du nombre de ménages de leur zone. Les résultats sont présentés au tableau 12.6. Des détails supplémentaires sont fournis dans Pampalon et autres (1998).

Tableau 12.6
Répartition des ménages privés de chaque zone selon l'aire homogène, *Enquête sociale et de santé 1998*

Aire homogène	**Nombre de ménages[1]**	**%**
M1	246 910	20,0
M2	741 580	60,0
M3	247 130	20,0
C1	100 997	20,0
C2	301 535	59,9
C3	101 340	20,1
A1	107 735	20,0
A2	323 330	60,0
A3	107 665	20,0
R1	69 057	20,0
R2	206 936	60,1
R3	68 425	19,9

1. Selon le recensement canadien de 1991.

Stratification secondaire

La stratification secondaire consiste à partitionner les strates principales pour que l'on échantillonne deux ou trois UPE par strate. Elle vise ainsi à faciliter le calcul des probabilités de sélection des UPE qui permettent de tenir compte du fait que les UPE sont sélectionnées sans remise, avec probabilité proportionnelle au nombre de ménages. De plus, cette stratification assure une bonne répartition de l'échantillon selon la taille des UPE. En effet, les strates secondaires ont été construites sur la base du nombre de ménages privés par UPE (selon le recensement de 1991) et la répartition des UPE d'une strate principale entre les strates secondaires est faite de façon proportionnelle (UPE ordonnées selon leur taille). En d'autres mots, à l'intérieur d'une strate principale, les UPE de très petite taille se retrouvent dans une même strate secondaire, celles de petite taille sont mises ensembles dans une même strate secondaire, celles de taille moyenne sont regroupées dans une même strate, etc.

De façon technique, toutes les strates principales avec plus de quatre UPE à sélectionner sont découpées en strates secondaires. Le nombre de strates secondaires est égal à la partie entière du nombre d'UPE à sélectionner dans la strate principale divisée par deux. Par la suite, les UPE sont triées selon le nombre de ménages, sauf pour les UPE à scinder qui sont regroupées avec des UPE de taille deux fois moindre car l'USE qui sera sélectionnée correspondra environ à la moitié de l'UPE. Les bornes pour former les strates secondaires sont obtenues de telle sorte que la stratification secondaire ait peu ou pas d'effet sur la probabilité de sélection d'une UPE.

Cependant, dans l'aire homogène vulnérable de la zone métropole (M1) de la région 16, il a fallu scinder en deux 43 UPE avant même de former des strates secondaires. À cause du fort taux d'échantillonnage au premier degré et du nombre important d'unités à tirer, on ne parvenait pas à créer des strates secondaires n'ayant pas d'impact sur la probabilité de sélection d'une UPE. Ainsi, les 86 parties d'UPE (i.e. les 43 UPE

scindées en deux) sont devenues 86 nouvelles UPE.

Au total, on a formé 526 strates secondaires, dont sept pour chacune des UPE autoreprésentatives, dans un but de faciliter et de minimiser l'estimation de la variance. Les UPE autoreprésentatives seront discutées plus loin.

12.4 Taille et répartition de l'échantillon

La taille totale de l'échantillon et sa répartition par strate principale correspondent aux différents objectifs de l'enquête.

L'objectif d'obtenir des statistiques régionales fiables et surtout comparables entre les régions a déterminé l'ampleur de l'échantillon. La variation régionale des principaux indicateurs de santé étant peu importante statistiquement, un échantillon minimum de 800 logements a été évalué nécessaire pour que des différences entre les régions puissent être détectées. Par ailleurs, cet échantillon nous assure une marge d'erreur de 2,5 % pour une proportion de l'ordre de 20 % associée à un intervalle de confiance de 95 % pour des statistiques sur l'ensemble de la région, en supposant un taux de réponse au questionnaire rempli par l'interviewer de 85 % et un effet de plan[19] conservateur de 2. L'échantillon minimum de logements pour l'ensemble des 16 régions est alors de 12 800 logements.

L'objectif d'atteindre de très bonnes précisions pour les statistiques québécoises et de permettre les comparaisons avec les enquêtes de 1987 et de 1992-93 a nécessité d'augmenter l'échantillon national de 1 200 logements. Cet échantillon supplémentaire a été attribué aux deux régions les plus populeuses, soit Montréal-Centre avec un échantillon de 1 000 logements supplémentaires, et la Montérégie avec 200 logements supplémentaires. L'ajout de ces logements produit une diminution de l'ordre de 32 % de la variance des statistiques québécoises. Cette estimation suppose des proportions égales dans chaque région. Avec l'ajout de ces 1 200 logements, la taille de l'échantillon atteint 14 000.

Dans la région Nord-du-Québec, l'échantillon de logements a été diminué. En effet, un échantillon de 800 logements avec une concentration d'environ 30 logements par UPE impliquait une énumération complète de cette région. La taille a donc été fixée à 680 logements pour cette région. Malgré cette diminution, cet échantillon devait permettre quand même d'obtenir des précisions semblables à celles des autres régions à cause du taux d'échantillonnage très élevé des UPE dans le Nord-du-Québec. Ainsi, l'échantillon provincial descend à 13 880 logements.

Également, trois régions (Montréal-Centre, Outaouais et Montérégie) ont acheté des échantillons supplémentaires. Ces achats leur ont permis d'augmenter la précision pour une zone, pour l'aire homogène vulnérable ou encore pour l'ensemble de la région. Un total de 1 420 logements a été ainsi ajouté par ces achats régionaux.

Finalement, un ajustement mineur dans l'échantillon de logements de trois régions (Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine) a été effectué, afin que le nombre d'UPE à sélectionner soit un nombre entier[20]. Ainsi, 10 logements ont été ajoutés pour chacune des trois régions, soit un total de 30

---

19. L'effet de plan est le quotient de la variance estimée en tenant compte du plan de sondage par la variance obtenue à partir d'un plan de sondage aléatoire simple de même taille.
20. Un échantillon de 800 logements avec une concentration de 30 logements par UPE ne donne pas un nombre entier d'UPE à sélectionner.

logements additionnels.

L'échantillon total comprend donc 15 330 logements et n'est pas réparti proportionnellement selon les régions et les aires homogènes. Par exemple, 0,30 % des logements montréalais sont échantillonnés alors que ce taux atteint 10,78 % pour le Nord-du-Québec. La distribution de l'échantillon ne représente pas directement la distribution de la population visée et toute inférence à cette dernière doit tenir compte de l'échantillonnage (tableau 12.7).

Tableau 12.7
Distribution de la population des logements selon le recensement de 1991, distribution de l'échantillon des logements et rapport entre le nombre de logements échantillonnés et le nombre de logements dans la population selon la région sociosanitaire, *Enquête sociale et de santé 1998*

Région sociosanitaire		Distribution de la population	Distribution de l'échantillon	Rapport
		%	%	%
1	Bas-Saint-Laurent	2,8	5,2	1,08
2	Saguenay–Lac-Saint-Jean	3,7	5,2	0,82
3	Québec	9,3	5,2	0,33
4	Mauricie–Centre-du-Québec	6,7	5,2	0,45
5	Estrie	3,9	5,2	0,78
6	Montréal-Centre	28,9	14,7	0,30
7	Outaouais	4,0	6,4	0,93
8	Abitibi-Témiscamingue	2,1	5,3	1,49
9	Côte-Nord	1,2	5,3	2,50
10	Nord-du-Québec	0,2	4,4	10,78
11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1,4	5,3	2,26
12	Chaudière-Appalaches	4,9	5,2	0,62
13	Laval	4,3	5,2	0,70
14	Lanaudière	4,4	5,2	0,68
15	Laurentides	5,4	5,2	0,57
16	Montérégie	16,6	11,6	0,41
Total		**100,0**[1]	**100,0**[1]	**0,58**

1. Puisque les distributions ont été arrondies, le total n'est pas égal à la somme des parties.

Source : Recensement canadien de 1991.

Répartition de l'échantillon selon les degrés d'échantillonnage

L'échantillon des logements est sélectionné en trois étapes : le tirage des UPE par strate secondaire, puis celui de l'USE par UPE, et finalement le tirage des logements par USE. Comme le nombre d'USE sélectionnées par UPE est fixé à 1, il reste à établir le nombre d'UPE échantillonnées par strate et le nombre de logements échantillonnés par USE. Une fois déterminé le nombre de logements échantillonnés par USE, le nombre d'UPE échantillonnées par strate est obtenu par le quotient du nombre de logements total échantillonné dans la strate par le nombre de logements sélectionnés par USE. Dans les cas où ce quotient n'était pas un nombre entier, un ajustement mineur a été produit sur la taille de l'échantillon de la strate.

Pour déterminer le nombre de logements échantillonnés par USE, on doit prendre en considération qu'une augmentation de ce nombre entraîne une diminution des coûts de la collecte et une diminution de la précision des statistiques. Par ailleurs, on doit aussi tenir compte de la tâche de l'intervieweur, puisqu'un seul intervieweur travaille dans chaque USE. Lors de l'enquête de 1992-1993, le nombre de logements par UPE était de 10 pour les UPE formées à partir des côtés d'îlots (UPE situées dans une RMR), et de 20 ou 30 pour celles formées à partir de secteurs de dénombrement. Ces dernières UPE comprennent plus de ménages que celles formées à partir de côtés d'îlots et s'étendent sur un plus vaste territoire; l'énumération des logements d'une UPE y est ainsi plus dispendieuse. En concentrant l'échantillon, on a diminué les coûts de collecte.

Puisque l'effet sur la variance des statistiques provenant de la concentration des logements dans une UPE n'était pas trop élevée en 1992-1993, les mêmes nombres de logements à échantillonner par UPE, soit 10, 20 ou 30, ont été repris pour la présente enquête. À l'instar de l'enquête de 1992-1993, le nombre de logements sélectionnés par USE pour les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a été fixé à 30, à cause de leur taux élevé d'échantillonnage d'UPE, ce qui a permis de réduire le nombre d'UPE échantillonnées et par le fait même, les coûts d'énumération et de collecte. Par ailleurs, un certain ajustement a été effectué pour la région Nord-du-Québec. En effet, si on désirait enquêter 800 logements et échantillonner 30 logements par USE, on se serait retrouvé à énumérer l'ensemble des ménages privés de la région! On devait soit diminuer le nombre de logements à enquêter pour cette région, soit augmenter le nombre de logements par USE ou combiner ces deux choix. Cette dernière solution a été retenue. En fixant à 40 le nombre de logements à enquêter par USE et en fixant la taille de l'échantillon à 680 logements, on s'est trouvé à sélectionner tout de même 17 UPE parmi les 24 dans la population.

Malgré l'augmentation à 30 et à 40 logements tirés par USE pour quatre régions, on pouvait espérer obtenir un effet provenant du plan de sondage similaire à celui des autres régions, considérant le fait que les UPE sont échantillonnées sans remise et que le taux d'échantillonnage des UPE est élevé dans ces régions.

La taille totale de l'échantillon des logements comprenant les derniers réaménagements est de 15 330 et est répartie en 1 092 UPE et ainsi en 1 092 USE. La répartition de l'échantillon des UPE par région et aire homogène est donnée au tableau 12.8 alors que celle des logements apparaît au tableau 12.9.

UPE autoreprésentatives

Même en sélectionnant 40 logements par USE plutôt que 30, le taux d'échantillonnage des UPE dans les strates principales de la région Nord-du-Québec demeure très élevé (75 % pour le A1 et A2; 50 % pour le R2). Or, ces strates principales sont peu populeuses, ce qui implique que certaines UPE avaient une probabilité de sélection très près de 1, voire même égale à 1, car on sélectionne avec une probabilité proportionnelle à la taille. Ainsi, sept UPE ont été automatiquement sélectionnées : on les appelle les UPE autoreprésentatives.

Répartition de l'échantillon selon les strates secondaires

Pour procéder à la stratification secondaire, telle que décrite précédemment, le nombre d'UPE sélectionnées par strate principale devait être connu. La stratification secondaire supposait une répartition de l'échantillon des UPE à l'intérieur des strates principales proportionnelles au nombre de ménages privés. Conformément à la formation des strates secondaires, l'échantillon de 1 092 UPE est réparti en groupes de deux ou trois UPE par strate secondaire.

Répartition chronologique de l'échantillon

La collecte a été effectuée en quatre vagues distinctes de trois mois et elle couvre ainsi une année complète. De cette façon, les statistiques produites avec l'enquête tiennent compte des variations saisonnières. Puisque l'on désirait une estimation globale pour l'année, on a enquêté des échantillons distincts à chaque vague.

De façon pratique, l'échantillon complet d'UPE a été sélectionné et par la suite réparti selon les quatre vagues. Vu le petit nombre d'UPE sélectionnées pour certaines strates principales, il a été impossible de s'assurer que l'échantillon d'UPE par strate principale soit réparti parfaitement selon les quatre vagues. On s'est plutôt assuré que l'échantillon total par région et celui par aire soient répartis le plus uniformément par vague. De plus, les UPE proches géographiquement ont été associées à des vagues distinctes pour permettre à la firme de collecte d'engager des intervieweurs pour une plus longue période et ainsi diminuer le nombre d'intervieweurs. Manuellement et à partir de cartes géographiques, les vagues ont été associées aléatoirement aux UPE échantillonnées tout en respectant les contraintes mentionnées.

On a donc à chaque vague un échantillon de 3 830 logements, sauf pour la vague 2 avec 3 840 logements. La répartition selon les régions et les aires est similaire d'une vague à l'autre.

Tableau 12.8
***Répartition de l'échantillon des UPE selon la région et l'aire homogène,* Enquête sociale et de santé 1998**

	Aire homogène												
Région	**M1**	**M2**	**M3**	**C1**	**C2**	**C3**	**A1**	**A2**	**A3**	**R1**	**R2**	**R3**	**Total**
1	0	0	0	0	0	0	6	14	6	6	8	0	**40**
2	0	0	0	20	24	2	3	7	2	2	3	0	**63**
3	0	0	0	11	40	19	0	3	0	0	2	0	**75**
4	0	0	0	7	15	2	5	11	3	2	7	0	**52**
5	0	0	0	9	28	5	2	5	2	2	5	3	**61**
6	69	103	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**226**
7	0	0	0	9	37	18	0	2	0	4	9	2	**81**
8	0	0	0	0	0	0	6	10	4	3	4	0	**27**
9	0	0	0	0	0	0	5	12	6	2	2	0	**27**
10	0	0	0	0	0	0	3	12	0	0	2	0	**17**
11	0	0	0	0	0	0	2	4	0	9	10	2	**27**
12	0	0	0	0	19	5	2	10	2	3	9	2	**52**
13	9	66	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**80**
14	12	24	0	0	0	0	2	7	2	2	7	2	**58**
15	10	26	2	0	0	0	3	6	3	2	4	3	**59**
16	60	47	9	0	0	0	3	12	6	0	6	4	**147**
Total	**160**	**266**	**70**	**56**	**163**	**51**	**42**	**115**	**36**	**37**	**78**	**18**	**1 092**

Tableau 12.9
***Répartition de l'échantillon des logements selon la région et l'aire homogène,* Enquête sociale et de santé 1998**

	Aire homogène												
Région	**M1**	**M2**	**M3**	**C1**	**C2**	**C3**	**A1**	**A2**	**A3**	**R1**	**R2**	**R3**	**Total**
1	0	0	0	0	0	0	120	280	120	120	160	0	**800**
2	0	0	0	200	240	20	60	140	40	40	60	0	**800**
3	0	0	0	110	400	190	0	60	0	0	40	0	**800**
4	0	0	0	70	150	20	100	220	60	40	140	0	**800**
5	0	0	0	90	280	50	40	100	40	40	100	60	**800**
6	690	1030	540	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2260**
7	0	0	0	90	370	180	0	40	0	80	180	40	**980**
8	0	0	0	0	0	0	180	300	120	90	120	0	**810**
9	0	0	0	0	0	0	150	360	180	60	60	0	**810**
10	0	0	0	0	0	0	120	480	0	0	80	0	**680**
11	0	0	0	0	0	0	60	120	0	270	300	60	**810**
12	0	0	0	0	190	50	40	200	40	60	180	40	**800**
13	90	660	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**800**
14	120	240	0	0	0	0	40	140	40	40	140	40	**800**
15	100	260	20	0	0	0	60	120	60	40	80	60	**800**
16	600	470	90	0	0	0	60	240	120	0	120	80	**1780**
Total	**1600**	**2660**	**700**	**560**	**1630**	**510**	**1030**	**2800**	**820**	**880**	**1760**	**380**	**15 330**

12.5 Tirage de l’échantillon

Le tirage de l’échantillon se fait en plusieurs étapes : tirage des UPE, scission des UPE lorsque requis, tirage des USE, énumération des USE, tirage des logements dans les USE. Le tirage des UPE se fait en tenant compte de la stratification secondaire, à raison de 2 ou 3 UPE par strate.

À l’intérieur de chaque strate secondaire, les UPE ont été tirées systématiquement avec probabilité proportionnelle au nombre de logements en 1991 afin que les UPE plus populeuses aient plus de chances d’être choisies et que les logements dans une strate secondaire aient la même chance d’être sélectionnés; 1 092 UPE ont ainsi été tirées.

Parmi les UPE tirées, certaines étaient divisibles, d’autres non. Dans ce dernier cas, l’UPE intégrale était sélectionnée comme USE. Pour les UPE scindées, une seule des deux USE divisant l’UPE était tirée de façon systématique proportionnellement au nombre de ménages privés en 1991. Toutefois, une exception s’applique pour les UPE de la région 16 et de l’aire homogène vulnérable de la zone métropole (M1). Comme il a été mentionné auparavant, les strates secondaires ont été formées après la scission des UPE. Ces USE ont été considérées comme des UPE. Ainsi, lors du tirage des USE, il est parfois arrivé que l’on ait échantillonné les deux USE provenant d’une même UPE.

L’énumération a permis de dresser la liste des logements privés des USE échantillonnées. Pour l’ensemble des 1 092 USE, 318 212 logements ont été énumérés dont une USE avec 1 353 logements énumérés (pauvre intervieweur!). Cette opération a permis de sélectionner le troisième degré d’échantillonnage (les logements) et de mettre à jour les données du recensement canadien de 1991 pour ces USE.

Le tirage des logements fait suite à l’énumération. Les logements sont choisis systématiquement avec un pas fractionnaire à partir de ces listes. Contrairement à d’autres enquêtes, le pas d’échantillonnage dépend du nombre de logements énumérés. Le fait d’avoir une taille d’échantillon fixe permet une meilleure évaluation des coûts de terrain. Notons que le pas consiste à diviser le nombre de logements énumérés par la taille d’échantillon soit 10, 20, 30 ou 40 selon l’USE.

Résumé

L’échantillon de logements provient d’un plan de sondage stratifié à trois degrés. De plus, il n’est pas réparti de façon proportionnelle à la taille des strates. On doit alors en tenir compte dans la pondération et l’estimation de la variance.

13. RÉSULTATS DE LA COLLECTE ET TAUX DE RÉPONSE GLOBAL

13.1 Résultats de la collecte

Comme dans toute enquête, les unités échantillonnées n'ont pas toutes répondu aux différents questionnaires. Ainsi, des 15 409 logements échantillonnés (15 330 logements échantillonnés au départ auxquels s'ajoutent 79 logements supplémentaires[21]), des réponses ont été obtenues au questionnaire rempli par l'intervieweur pour 11 986 ménages générant un total de 30 386 individus. Le tableau 13.1 nous présente la répartition des résultats de la collecte.

Parmi les 30 386 personnes répertoriées, 24 129 étaient admissibles au questionnaire autoadministré. Dans ce groupe de personnes de 15 ans et plus, 20 773 ont fourni des réponses au QAA. Les distributions des répondants, obtenues au QRI et au QAA en fonction de l'âge et du sexe, se trouvent au tableau 13.2.

Tableau 13.1
Répartition des logements selon les résultats de la collecte, *Enquête sociale et de santé 1998*

Résultat de la collecte	Résultats observés		Résultats pondérés
	Nombre	% non pondéré	%
Logements non admissibles			
Logement vacant	727	4,7	
Logement saisonnier	193	1,3	
Logement occupé par des personnes ne devant pas répondre	180	1,2	
Logement inscrit par erreur en énumération	86	0,6	
Logement démoli	45	0,3	
Logement non résidentiel	38	0,2	
Logement en construction	23	0,1	
Sous-total	**1292**	**8,4**	
Logements contenant un ménage admissible			
Ménage répondant	11 986	77,8	82,1
Refus du ménage	1 510	9,8	12,3
Pas de réponse	246	1,6	2,1
Impossibilité d'interview à cause de décès, maladie ou autres	105	0,7	0,9
Ménage temporairement absent	82	0,5	0,8
Aucune personne du ménage ne parle le français ou l'anglais[1]	69	0,4	0,7
Ménage en rendez-vous	60	0,4	0,6
Ménage n'ayant pas pu compléter le questionnaire	36	0,2	0,4
Incomplet avec refus de continuer	11	0,1	0,1
Intervieweur avec un problème de langue	6	0,0	0,0
Incomplet avec retour	6	0,0	0,0
Sous-total	**14 117**	**91,6**	**100,0**
Total	15 409	100,0	100,0

1. Ces ménages ont été considérés non admissibles du point de vue administratif pour le processus de collecte. Cependant, au plan statistique, lorsqu'on veut inférer à la population visée, ces ménages devraient être considérés comme admissibles et, de fait, ils ont été pris en compte pour la pondération.

---

21. Ces logements sont principalement des « logements multiples », i.e. des logements détectés lors de l'entrevue (plus d'un logement pour une même adresse). Exceptionnellement, il peut s'agir aussi de logements nouvellement construits ou non repérés lors de l'énumération, puisque dans ce cas, les logements devaient être ajoutés à la liste d'énumération et pouvaient de ce fait, être échantillonnés.

Tableau 13.2
Nombre de répondants au QRI et au QAA selon l'âge et le sexe, *Enquête sociale et de santé 1998*

Groupe d'âge et sexe	Nombre de répondants	
	QRI	QAA
0-14 ans Homme	3 175	-
0-14 ans Femme	3 084	-
15-24 ans Homme	2 177	1 694
15-24 ans Femme	2 191	1 893
25-44 ans Homme	4 603	3 882
25-44 ans Femme	4 839	4 395
45-64 ans Homme	3 628	3 066
45-64 ans Femme	3 675	3 295
65 ans et plus Homme	1 311	1 097
65 ans et plus Femme	1 703	1 451
Total	**30 386**	**20 773**

13.2 Taux de réponse global

Le taux de réponse global à un instrument de collecte est défini comme le rapport du nombre d'unités répondantes au nombre d'unités admissibles à cet instrument de l'enquête. Dans la présente enquête, comme toutes les unités n'ont pas la même probabilité d'être choisies, il est préférable de considérer un taux de réponse établi sur la base des données pondérées par l'inverse de cette probabilité. Ce taux est ainsi comparable à tout taux de réponse pondéré d'une enquête sur la même population, indépendamment de la répartition de l'échantillon.

Au QRI, le taux de réponse global s'élève donc à 82,1 % (tableau 13.3). Ce taux varie selon la région sociosanitaire et la période de collecte (tableaux 13.4 et 13.5).On enregistre notamment des taux de réponse au QRI plus faibles pour les régions de Montérégie et de Montréal-Centre.

Pour le questionnaire autoadministré, le taux de réponse global tient compte du fait que les questionnaires sont administrés en cascade. Il correspond au produit du taux de réponse au QRI, soit 82,1 %, et de celui spécifique au QAA (sachant que le QRI a été répondu). Le taux de réponse ainsi calculé s'établit à 69 % (tableau 13.3). Comme pour le QRI, le taux de réponse global au QAA diffère selon la région sociosanitaire, les taux de réponse étant plus faibles notamment dans les régions de Montréal-Centre, de Montérégie, de Laval et de Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. De même, la proportion pondérée de répondants parmi ceux admissibles au QAA varie selon la période de collecte (tableau 13.5).

Tableau 13.3
Taux de réponse pondéré au QRI, proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus et taux de réponse pondéré au QAA selon la région sociosanitaire, *Enquête sociale et de santé de 1998*

Région sociosanitaire	Taux de réponse pondéré au QRI (%)	Proportion pondérée de répondants au QAA (%)	Taux de réponse pondéré au QAA (%)
Bas-Saint-Laurent	87,0	86,3	75,1
Saguenay–Lac-Saint-Jean	95,2	93,4	88,9
Québec	79,6	84,7	67,4
Mauricie–Centre-du-Québec	88,8	85,2	75,7
Estrie	87,2	92,8	80,9
Montréal-Centre	77,5	77,0	59,7
Outaouais	85,6	85,8	73,4
Abitibi-Témiscamingue	94,0	92,7	87,1
Côte-Nord	93,5	89,1	83,3
Nord-du-Québec	91,0	88,4	80,4
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	86,4	79,1	68,3
Chaudières-Appalaches	86,2	89,4	77,1
Laval	83,0	79,8	66,2
Lanaudière	82,8	86,4	71,5
Laurentides	87,7	85,9	75,3
Montérégie	76,1	85,6	65,1
Ensemble du Québec	82,1	84,0	69,0

Tableau 13.4
Taux de réponse pondéré au QRI, proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus et taux de réponse pondéré au QAA selon la période de collecte, *Enquête sociale et de santé de 1998*

Période de collecte	Taux de réponse pondéré au QRI (%)	Proportion de répondants au QAA (%)	Taux de réponse pondéré au QAA (%)
Janvier – mars 1998	78,6	87,6	68,9
Avril – juin 1998	81,2	83,6	67,9
Juillet – septembre 1998	84,7	82,8	70,1
Octobre – décembre 1998	84,2	81,8	68,9

Il existe, par ailleurs, d'autres sources de variabilité de la proportion pondérée de répondants par rapport au personnes admissibles au QAA. L'âge et le sexe en sont deux : les personnes de 15 à 24 ans et celles de 65 ans et plus répondent en moins grande proportion que les individus de 25 à 64 ans; les hommes sont également davantage représentés parmi les non-répondants (tableau 13.5).

La non-réponse globale à un instrument de collecte peut engendrer des biais dans les estimations. Plusieurs techniques existent pour en minimiser l'importance. Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, on a procédé à un ajustement de la pondération pour contrer l'impact de la non-réponse totale. Cette question est abordée en détail dans la section suivante traitant du processus de pondération.

Tableau 13.5
Proportion pondérée de répondants au QAA parmi les répondants au QRI âgés de 15 ans et plus selon le groupe d'âge et le sexe, *Enquête sociale et de santé de 1998*

	Proportion pondérée de répondants au QAA (%)
Hommes	81,0
Femmes	86,9
Sexes réunis	
15-24 ans	81,0
25-44 ans	85,3
45-64 ans	84,8
65 ans et plus	82,7

14. PONDÉRATION

Afin d'inférer les résultats des répondants à la population visée, on doit d'abord associer un poids à chaque individu répondant à un questionnaire donné. Le poids correspond au nombre d'individus visés par l'enquête que l'individu répondant « représente ». Dans l'ESS98, des variables de pondération différentes ont été calculées pour les répondants au QRI et ceux du QAA. Dans chaque cas, différents facteurs ont été utilisés pour effectuer le calcul des poids. Ces facteurs sont la probabilité de sélection, la répartition de la non-réponse et l'ajustement de la distribution des répondants à celle de la population visée. Il est à noter qu'à toutes ces étapes de pondération, tant pour le QRI que pour le QAA, une attention particulière a été accordée aux poids extrêmes; des ajustements ont donc été faits pour ramener le plus possible les valeurs jugées aberrantes ou extrêmes à l'intérieur des limites raisonnables.

14.1 Poids associés à la probabilité de sélection

Comme l'enquête sociale et de santé de 1998 utilise un échantillon probabiliste, elle permet d'associer à chaque unité de la population (logement) la probabilité qu'elle soit choisie dans l'échantillon. Dans le but de généraliser ou d'inférer les résultats de l'échantillon à la population, on utilise l'inverse de cette probabilité de sélection comme pondération initiale P_0. Cette première étape de pondération permet de tenir compte adéquatement de la non-proportionnalité de l'échantillon de l'enquête par rapport à la distribution de la population.

Donc,

$$P_0 ? k ? ? \frac{1}{PS(k)}$$

où

PS (k) = Probabilité de sélection du logement k de l'USE j de l'UPE i de la strate secondaire h

= PS (ih) x PS (j | ih) x PS (k | jih)

On peut donc présenter le poids initial sous la forme :

$$P_0(k) = \frac{1}{PS(ih) \times PS(j \mid ih) \times PS(k \mid jih)}$$

où

PS (ih) représente la probabilité de sélection de l’UPE i de la strate secondaire h. Cette probabilité de sélection est proportionnelle à la taille de l’UPE i.

PS (j | ih) correspond à la probabilité de sélection de l’USE j étant donné qu’elle se trouve dans l’UPE i de la strate secondaire h. Cette probabilité de sélection est proportionnelle à la taille de l’USE j.

PS (k | jih) représente la probabilité de sélection du logement k étant donné qu’il se trouve dans l’USE j de l’UPE i de la strate secondaire h. Cette probabilité est égale pour tous les logements k à l’intérieur d’une USE j donnée.

Alors,

$$PS(ih) = \frac{n(h) \times m(i)}{M(h)}$$

où

n (h) est le nombre d’UPE échantillonnées dans la strate secondaire h;

m (i) est le nombre de ménages recensés en 1991 dans l’UPE i;

M (h) est le nombre de ménages recensés en 1991 dans l’ensemble des UPE de la strate secondaire h

$= \sum_{i \in h} m(i)$.

De plus,

$$PS(j \mid ih) = \begin{cases} \dfrac{n(j) \times m(j)}{m(i)} & \text{si l'UPE i de la strate h est à scinder;} \\ 1 & \text{si l'UPE i de la strate h n'est pas à scinder.} \end{cases}$$

où

n (j) est le nombre d’USE échantillonnées dans une UPE. Ce nombre est égal à 1.

m (j) est le nombre de ménages recensés en 1991 dans l'USE j.

Et,

$$PS(k \mid jih) ? \frac{l(h)}{L(j)}$$

où

l (h) est le nombre de logements échantillonnés dans l'USE j. Ce nombre est de 10, 20, 30 ou 40 et dépend uniquement de la strate.

L (j) est le nombre de logements énumérés dans l'USE j.

On peut réécrire la probabilité de sélection du logement k de l'USE j de l'UPE i de la strate secondaire h de la façon suivante :

$$PS(k) ? \frac{n(h) ? l(h)}{M(h)} ? \frac{m(j)}{L(j)}$$

Le premier terme dépend uniquement de la strate. La seule cause de variabilité des probabilités de sélection des UPE (et par le fait même des USE) à l'intérieur d'une strate est attribuable au deuxième terme. Ainsi, si le nombre de ménages recensés dans les UPE était égal au nombre de logements énumérés, la probabilité de sélection serait la même pour toutes les UPE à l'intérieur d'une strate secondaire donnée. De plus, comme une seule USE est sélectionnée au deuxième degré, le plan de sondage de la présente enquête équivaut à un plan de sondage à deux degrés en terme de probabilité de sélection de premier ordre.

Par ailleurs, l'échantillon n'est pas réparti de façon proportionnelle par rapport à la répartition de la population des ménages selon les régions sociosanitaires et les aires homogènes. Ainsi, les unités appartenant à des régions sous-représentées comme Montréal-Centre ou Québec ont des poids initiaux plus élevés que celles provenant de régions sur-représentées (par exemple, Nord-du-Québec ou Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine).

La non-proportionnalité de l'échantillon dans les strates et le fait que les probabilités de sélection des logements appartenant à une même strate diffèrent passablement dans le cas de certaines strates, contribuent tous deux à générer une grande variabilité des poids. Le dernier facteur s'explique principalement par des écarts entre les données ayant servi pour la base de sondage provenant du recensement canadien de 1991 et l'énumération des logements effectuée au moment de l'enquête (cette différence est principalement due à l'explosion démographique de certains territoires). Afin de diminuer la variabilité des poids causés par les différences observées dans les probabilités de sélection, une transformation consistant à réduire la valeur de certains poids extrêmes a été effectuée. Le but de cette opération est de diminuer la variance de l'estimateur. Évidemment, en réduisant la valeur de certains poids, on introduit un biais. Il s'agit donc de faire un compromis entre la diminution de la variance de l'estimateur et l'augmentation de son biais.

Contrairement à l'enquête de 1992-1993, nous n'avons pas mis en place une procédure systématique de

réduction des poids extrêmes. Comme tous les logements d'une même USE ont un même poids associé à la probabilité de sélection, l'analyse a plutôt porté sur les USE. Nous avons alors examiné les USE qui affichaient les plus grands poids associés à la probabilité de sélection parmi l'ensemble des 1 092 USE échantillonnées, plus particulièrement en portant notre attention sur les USE dont le poids était très supérieur à la moyenne des poids de leur strate principale, ainsi que sur les USE ayant connu de grandes explosions démographiques.

Parmi les 1 092 USE échantillonnées, nous avons remarqué que cinq USE affichaient un poids de plus de deux fois et demi supérieur à la moyenne des poids de leur strate respective. Ces cinq USE avaient également connu les plus fortes croissances en terme de logements privés entre 1991 et 1998. En outre, quatre de ces même cinq USE présentaient des poids se classant parmi les plus grands poids dans l'ensemble de l'enquête.

Pour chacune de ces cinq USE, une analyse plus approfondie a été effectuée afin de vérifier si l'explosion démographique s'observait également autour de l'USE échantillonnée ou si elle n'était survenue que dans cette USE. Dans le premier cas, diminuer le poids d'une USE ayant connu une explosion n'est pas approprié, car cela correspond à un phénomène généralisé. En effet, la sélection d'une UPE ou USE voisine aurait également présenté un accroissement important du nombre de logements. Il est alors raisonnable de croire que les nouveaux ménages, installés après le recensement de 1991, ont des caractéristiques similaires aux nouveaux arrivants des UPE ou USE voisines. Ainsi, réduire le poids de telles USE pourrait entraîner un biais dans l'estimation des statistiques.

Dans le second cas par contre, le phénomène est plutôt localisé et est associé à l'USE même. On est alors tenté de ramener le poids d'une telle USE à une valeur plus raisonnable.

Après analyse, il a été décidé de borner le poids associé à la probabilité de sélection des logements provenant de ces cinq USE à 2,5 fois la moyenne de leur strate h' respective. Ainsi, on obtient le poids ajusté P_{0t} du logement k de l'USE j de l'UPE i de la strate principale h' comme suit :

$$P_{0t}(k) = T \times \min\left\{ P_0(k),\ 2{,}5 \times \frac{\sum_{j \in h'} \sum_{k \in j} P_0(k)}{l(h')} \right\}$$

où T est un facteur d'ajustement qui tient compte que des USE d'une strate principale h' ont un poids borné, c'est-à-dire :

$$T = \frac{\sum_{j \in h'} \sum_{k \in j} P_0(k)}{\sum_{j \in h'} \sum_{k \in j} \min\left\{ P_0(k),\ 2{,}5 \times \frac{\sum_{j \in h'} \sum_{k \in j} P_0(k)}{l(h')} \right\}}$$

et $l(h')$ = nombre de logements échantillonnés dans la strate principale h'.

Avec P_{0t} ainsi défini, on s'assure que la somme des poids après ajustement des poids extrêmes soit égale à la somme des poids avant ajustement.

Les cinq USE dont le poids initial a été borné ont vu P_0 réduit entre 0,4 % et 35,8 %.

14.2 Poids associés à la répartition de la non-réponse au QRI

Comme dans toutes les enquêtes, les unités échantillonnées n'ont pas toutes répondu au questionnaire. L'objectif de la pondération pour la non-réponse est d'en minimiser l'effet qui, souvent, engendre des biais, les unités non répondantes pouvant être différentes des unités répondantes. Le facteur de pondération utilisé pour tenter de diminuer l'effet des distorsions est l'inverse du taux de réponse.

De façon générale, le taux de réponse est défini comme le rapport entre le nombre d'unités répondantes et le nombre d'unités admissibles à l'enquête. De plus, comme toutes les unités n'ont pas toutes le même poids, on utilise plutôt le taux de réponse pondéré qui est le rapport entre le nombre pondéré d'unités répondantes et le nombre pondéré d'unités admissibles. Au QRI, l'unité est le logement. Ce taux de réponse pondéré est calculé par classe de pondération.

Une classe de pondération est un regroupement d'unités présentant des caractéristiques similaires. Ces caractéristiques sont des variables qui semblent avoir le plus d'impact sur la réponse; elles doivent également être connues autant pour les unités répondantes que des unités non répondantes. On fait alors l'hypothèse que les unités répondantes et les unités non répondantes sont semblables à l'intérieur de chaque classe. Au QRI, le niveau d'information connu le plus fin, l'USE, est de nature géographique.

La constitution de classes de pondération a été effectuée suivant certains critères. Dans le cas d'une USE avec un taux de réponse de moins de 50 %, la classe de pondération était formée du regroupement de cette USE avec une autre USE de la même région et aire homogène, dont la collecte s'est déroulée durant la même période[22] et pour laquelle des caractéristiques socioéconomiques et démographiques étaient similaires. En outre, on s'assurait que le taux de réponse pondéré de la classe de pondération ainsi constituée soit d'au moins 50 %. Cette façon de procéder nous évitait d'avoir des poids trop grands après l'ajustement pour la non-réponse au QRI et d'ajuster de façon indue pour des taux de réponse variant aléatoirement.

Si le taux de réponse associé à une USE était d'au moins 50 %, la classe de pondération était formée de l'USE proprement dit. En général, les classes de pondérations correspondaient aux USE. Au total, 40 USE ont été regroupées pour former 20 classes de pondération et ainsi obtenir 1 072 classes.

22. Vingt classes de pondération ont été formées avec deux USE. Parmi ces vingt classes, six d'entre elles ont été constituées de deux USE de périodes de collecte différentes afin d'obtenir, dans ces cas, des classes avec des caractéristiques socioéconomiques et démographiques homogènes.

Ainsi, le taux de réponse pondéré pour une classe de pondération notée c correspond à :

$$T_c = \frac{\sum_{k \in c} P_{0t}(k) \times R(k)}{\sum_{k \in c} P_{0t}(k) \times A(k)}$$

où

$$R(k) = \begin{cases} 1 \text{ si le logement k de l'USE j de l'UPE i de la strate h est répondant;} \\ 0 \text{ si le logement k n'est pas répondant.} \end{cases}$$

$$A(k) = \begin{cases} 1 \text{ si le logement k de l'USE j de l'UPE i de la strate h est admissible;} \\ 0 \text{ si le logement k n'est pas admissible.} \end{cases}$$

Le logement k de l'USE j de l'UPE i de la strate h de la classe de pondération c se voit donc attribuer un poids P_1 égal à :

$$P_1(k) = \frac{P_{0t}(k)}{T_c}$$

Les taux de réponse pondérés sont présentés respectivement par région sociosanitaire et par période de collecte au tableau 14.1

Tableau 14.1
Taux de réponse pondéré au QRI selon la région sociosanitaire et la période de collecte, *Enquête sociale et de santé 1998*

Région sociosanitaire	**Taux de réponse pondéré (%)**
1 Bas-Saint-Laurent	87,0
2 Saguenay–Lac-Saint-Jean	95,2
3 Québec	79,6
4 Mauricie–Centre-du-Québec	88,8
5 Estrie	87,2
6 Montréal-Centre	77,5
7 Outaouais	85,6
8 Abitibi-Témiscamingue	94,0
9 Côte-Nord	93,5
10 Nord-du-Québec	91,0
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	86,4
12 Chaudière-Appalaches	86,2
13 Laval	83,0
14 Lanaudière	82,8
15 Laurentides	87,7
16 Montérégie	76,1
Période de collecte	
Janvier – mars 1998	78,6
Avril – juin 1998	81,2
Juillet – septembre 1998	84,7
Octobre – décembre 1998	84,2
Ensemble du Québec	**82,1**

14.3 Poids associés à la distribution de la population visée au QRI

Un dernier ajustement a été opéré sur la pondération du QRI afin que la distribution pondérée des répondants soit conforme à la distribution de la population visée selon certaines caractéristiques sociodémographiques ou économiques. Dans notre cas, nous avons retenu la région sociosanitaire, l'âge et le sexe. Plusieurs raisons ont motivé la sélection de ces variables. D'une part, le choix de la région nous a été dicté naturellement car nous désirions des estimations régionales. D'autre part, ajuster selon l'âge et le sexe allait de soi car ces variables sont souvent corrélées avec les mesures de santé et les facteurs d'ajustement variaient d'un sous-groupe d'âge (ou de sexe) à un autre.

Les données utilisées pour cet ajustement proviennent du recensement canadien de 1996 et portent sur la population totale[23] et sur la population de personnes vivant dans les ménages privés selon la région[24], l'âge et

23. La population totale inclut les personnes vivant en logements collectifs.
24. Le Nord-du-Québec est la seule région du Québec où la région sociosanitaire et la région administrative ne concordent pas, cette dernière incluant les régions crie et inuite. Or, les données du recensement utilise le concept de région administrative. Comme le nombre de Cris et d'Inuits correspond à une proportion importante de la population totale vivant dans la région administrative du Nord-du-Québec, nous avons plutôt utilisé les données de recensement par municipalité (Chibougamau, Chapais, Matagami, Lebel-sur-

le sexe. À partir des données sur la population totale, une projection a été faite pour l'année 1998 qui tient compte, notamment, du sous-dénombrement au recensement. Cette projection a été effectuée par la Direction des statistiques sociales et démographiques de l'ISQ. On peut alors estimer W_{ras}, le nombre de personnes vivant dans les ménages privés en 1998 selon la région sociosanitaire r, le groupe d'âge quinquennal a et le sexe s :

$$W_{ras} \ ? \ \frac{N_{PPR\,96}(ras)}{N_{PTR\,96}(ras)} \ ? \ \hat{N}_{PTC98}(ras)$$

où

$N_{PPR\,96}$ est la population de personnes vivant en ménages privés selon le recensement de 1996;

$N_{PTR\,96}$ est la population totale selon le recensement de 1996;

$\hat{N}_{PTC98}$ est la projection de la population totale en 1998, corrigée du sous-dénombrement.

Cette façon d'estimer W_{ras} suppose que la proportion de personnes vivant dans les ménages privés parmi la population totale est stable par groupe d'âge et par sexe entre 1996 et 1998.

Par ailleurs, l'ajustement à la distribution de la population visée a été fait en s'assurant que tous les individus d'un même ménage aient des poids identiques. Cette façon de faire correspond davantage à la collecte des données du QRI pour lequel tous les membres d'un même ménage sont enquêtés par l'intermédiaire d'un seul répondant clé qui fournit les réponses pour tous.

À cause du désir d'obtenir un poids unique par ménage, l'utilisation d'un logiciel s'est avéré nécessaire pour évaluer le poids final associé à chaque ménage. La macro SAS %CALJACK de Statistique Canada (Bernier et Lavallée, 1994) permet d'établir la pondération finale sous la contrainte de poids identiques pour tous les membres d'un même ménage, tout en s'assurant que le nombre projeté de personnes vivant dans les ménages privés en 1998 selon la région, le groupe d'âge et le sexe soit respecté.

Nous nous sommes également assurés que le rapport entre le poids ajusté à la population visée et le poids avant cet ajustement final minimise les ajustements, c'est-à-dire que le rapport soit près de 1, afin de ne pas créer une trop grande variabilité dans les poids, ce qui entraînerait une perte dans la précision des statistiques produites. La variable « âge » était le seul facteur qui permettait d'exercer un certain contrôle sur la variabilité des poids. Au départ, huit groupes d'âge ont été considérés : 0-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-69, 70 ans et plus. Si le rapport tel que décrit ci-dessus était inférieur à 0,4 ou supérieur à 2,5 pour certains ménages d'un groupe d'âge donné, on procédait à la fusion de ce groupe d'âge avec un groupe d'âge adjacent. Ainsi, pour les régions sociosanitaires de Québec, de la Côte-Nord et de Lanaudière, les groupes d'âge 65-69 ans et 70 ans et plus ont été fusionnés. Pour les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, on a regroupé les 25-34 ans et les 35-44 ans. Enfin, pour le Nord-du-Québec, le groupe d'âge 45-54 ans a été combiné avec celui des 55-64 ans.

Quévillon, Baie-James).

Ainsi, le poids final au QRI associé à tous les individus du ménage k, de l'USE j, de l'UPE i, de la strate h, de la classe de pondération c (ajustement pour la non-réponse) et de la classe de pondération g (ajustement à la distribution de la population visée) prend la forme suivante :

$$P_{1p}(k) \; ? \; P_1(k) \, ? \, \frac{W(g)}{P_1(g)}$$

où W(g) est le nombre projeté en 1998 de personnes de la classe de pondération g vivant dans les ménages privés et

$$P_1(g) \; ? \; \underset{k \, ? \, g}{?} \; P_1(k).$$

La classe de pondération g tient compte de la composition du ménage en terme de groupe d'âge et de sexe. Ainsi, pour une même région sociosanitaire et une même structure de ménage en terme de groupe d'âge et de sexe, W(g) est le même.

Ce dernier ajustement a fait en sorte qu'en moyenne, les poids des ménages, et par le fait même des individus, ont été gonflés de 8 %, qu'on appelle « taux de glissement ». Il faut noter que la variabilité de ce taux peut provenir de la variabilité de la couverture ou de la variabilité des taux de réponse pour les 65 ans et plus, dont le taux de glissement est de 20 % et 19 % respectivement pour les hommes et les femmes (tableau 14.2). Au global, le taux de 8 % est légèrement supérieur à celui obtenu à l'enquête sur la population active pour 1995 pour le Québec (6,0 %), mais similaire au taux de glissement canadien (8,7 %) (Dufour, 1996).

Tableau 14.2
Somme des poids avant l'ajustement à la population, projection du nombre de personnes vivant dans les ménages privés en 1998 et rapport entre la projection et la somme des poids avant l'ajustement final, selon le groupe d'âge et le sexe, *Enquête sociale et de santé 1998*

Groupe d'âge et sexe	Somme des poids avant l'ajustement final[1]	Projection du nombre de personnes vivant dans les ménages privés[1] en 1998	Projection 1998 / somme des poids avant l'ajustement
0-14 ans Homme	681 100	688 840	1,01
0-14 ans Femme	658 040	659 190	1,00
15-24 ans Homme	479 640	497 590	1,04
15-24 ans Femme	480 590	475 880	0,99
25-44 ans Homme	1 020 130	1 174 650	1,15
25-44 ans Femme	1 067 340	1 149 080	1,08
45-64 ans Homme	754 030	841 940	1,12
45-64 ans Femme	803 430	868 670	1,08
65 ans et plus Homme	289 280	347 590	1,20
65 ans et plus Femme	395 530	469 390	1,19
Total	**6 629 120[2]**	**7 172 810[2]**	**1,08**

1. Les nombres ont été arrondis.
2. À cause des arrondissements, le total n'est pas égal à la somme des parties.

14.4 Poids associés à la répartition de la non-réponse au QAA

À la section 13, nous avons défini le taux de réponse global comme étant le rapport du nombre pondéré

d'unités répondantes au nombre pondéré d'unités admissibles à l'enquête. Au QRI, ce taux s'élève à 82,1 %. Pour ce qui est du QAA, le taux de réponse global tient compte du fait que les questionnaires sont administrés en cascade et correspond au produit du taux de réponse au QRI et de celui spécifique au QAA (sachant que le QRI a été répondu). Le taux de réponse ainsi calculé s'établit à 69 %. Toutefois, nous traiterons dans cette section du taux de réponse spécifique.

Toutes les personnes ayant répondu au QRI et âgées d'au moins 15 ans sont admissibles au QAA. Évidemment, certaines personnes n'ont pas répondu au QAA. En effet, des 24 129 individus admissibles et répondants au QRI, 20 773 ont rempli le QAA.

À l'instar du QRI, l'inverse du taux de réponse est utilisé comme ajustement à la non-réponse au QAA, dans le but de minimiser les biais que peuvent induire les non-répondants sur les estimations.

Ainsi, le taux de réponse spécifique pondéré au QAA se définit comme le rapport entre le nombre pondéré de répondants au QAA et le nombre pondéré de personnes admissibles au QAA. Ces taux de réponses sont pondérés par le poids final au QRI pour les individus admissibles au QAA et calculés par classe de pondération. Donc, le taux de réponse spécifique T_f pour une classe de pondération f se calcule comme suit :

$$T_f = \frac{\sum_{m \in f} P_{1p}(m) \times R(m)}{\sum_{m \in f} P_{1p}(m) \times A(m)}$$

où

$$R(m) = \begin{cases} 1 & \text{si l'individu m du ménage k de l'USE j de l'UPE i de la strate h est répondant au} \\ & \text{QAA;} \\ 0 & \text{si l'individu m n'est pas répondant au QAA.} \end{cases}$$

$$A(m) = \begin{cases} 1 & \text{si l'individu m répondant au QRI du ménage k de l'USE j de l'UPE i de la strate h a} \\ & \text{15 ans et plus;} \\ 0 & \text{si l'individu m répondant au QRI a moins de 15 ans.} \end{cases}$$

Comme les répondants du QAA sont un sous-ensemble des répondants du QRI, l'ensemble des variables qui peuvent être prises en compte pour former les classes de pondération est très riche. En plus des variables ayant servi à la construction des classes de pondération au QRI, toutes les variables ou indices du QRI peuvent être mis à profit. En effet, ces variables ou indices sont connues autant des répondants au QAA que des non-répondants au QAA.

Lors de l'enquête de 1992-1993, les mêmes variables avaient servi à constituer les classes de pondération pour chaque région. Avec la présente enquête, les classes de pondération ont été formées à l'aide d'une méthode de modélisation par segmentation de la probabilité de répondre. Pour ce faire, la macro %TREEDISK de SAS, utilisant l'algorithme CHAID (*Chi-Square Automatic Detection* / détection automatique d'interactions

du khi-deux) mis au point par Kass (1980), a été retenue pour la formation des classes de pondération. Un modèle a alors été construit pour chaque région, les variables expliquant le mieux la propension à répondre pouvant être différentes d'une région à une autre.

On a retenu les variables ayant le plus d'impact sur la réponse au QAA tout en étant corrélées avec les indices mesurés au QAA. Chaque classe a été formée de façon à ce que le taux de réponse pondéré soit d'au moins 50 % et qu'il y ait un minimum de 40 individus admissibles, ceci dans le but d'éviter un trop grand étalement des poids, de même que des taux de réponse instables, ce qui pourrait se traduire par une augmentation de la variance.

En outre, une légère transformation a été apportée aux poids P_{1p} afin que la macro %TREEDISK de SAS puisse tenir compte du nombre réel d'individus admissibles. Pour chaque région, les poids ont été convertis en poids à moyenne un, c'est-à-dire que la somme de ces poids correspond au nombre de répondants par région. La section 14.6 fournit plus de détails à ce sujet.

Le seuil des tests a été fixé à ? = 0,01. Chaque fois qu'une variable était considérée comme celle ayant le pouvoir explicatif le plus élevé et que le test s'avérait significatif, on s'assurait toujours que les poids soient à peu près à moyenne un avant d'en inclure une autre. Si tel n'était pas le cas, on apportait une fois de plus une légère transformation aux poids afin que ceux-ci soient à moyenne un. Cette situation peut survenir dans le cas où une modalité ou fusion de modalités d'une variable regrouperait un nombre important de répondants avec un poids élevé (ou faible). Dans ce cas, la somme des poids n'est plus à moyenne un, ce qui peut affecter le résultat des tests du khi-deux effectués.

Au total, 90 classes de pondération ont été formées. On retrouve d'ailleurs, à l'annexe 8, le résultat de la modélisation pour chaque région.

Ainsi, l'individu m, du ménage k, de l'USE j, de l'UPE i, de la strate h, inclus dans la strate de pondération c du QRI et f du QAA (ajustement pour la non-réponse) et dans la classe de pondération g (ajustement à la population au QRI), a un poids P_2 correspondant à :

$$P_2(m) \; ? \; \frac{P_{1p}(m)}{T_f}$$

Quelques variables ont souvent servi pour la construction des classes de pondération dans les régions. Être ou non le répondant clé[25] du ménage au QRI, la consommation de médicaments, la période de collecte, l'âge, le sexe, le lieu de naissance (pour Montréal-Centre, Laval et l'Outaouais) étaient des indicateurs habituellement associés à la propension de répondre au QAA.

Le taux de réponse spécifique au QAA est illustré par région sociosanitaire au tableau 14.3.

---

25. Il s'agit d'un adulte suffisamment informé sur l'état de santé des autres membres du ménage pour répondre à leur place.

Tableau 14.3
Taux de réponse pondéré spécifique au QAA selon la région sociosanitaire, Enquête sociale et de santé 1998

Région sociosanitaire		Taux de réponse spécifique pondéré (%)
1	Bas-Saint-Laurent	86,3
2	Saguenay–Lac-Saint-Jean	93,4
3	Québec	84,7
4	Mauricie–Centre-du-Québec	85,2
5	Estrie	92,8
6	Montréal-Centre	77,0
7	Outaouais	85,8
8	Abitibi-Témiscamingue	92,7
9	Côte-Nord	89,1
10	Nord-du-Québec	88,4
11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	79,1
12	Chaudières-Appalaches	89,4
13	Laval	79,8
14	Lanaudière	86,4
15	Laurentides	85,9
16	Montérégie	85,6
Ensemble du Québec		**84,0**

14.5 Poids associés à la distribution de la population visée au QAA

À l'instar du QRI, la pondération du QAA a été ajustée selon la région, l'âge et le sexe. Les mêmes groupes d'âge utilisés pour le QRI ont été conservés, ce qui inclut le regroupement de quelques groupes d'âge pour certaines régions sociosanitaires, à l'exception des 0-14 ans qui n'étaient pas visés par le QAA. On s'est donc assuré, comme au QRI, que la distribution pondérée des répondants au QAA soit identique à la distribution de la population visée des 15 ans et plus.

Contrairement au QRI, la dimension ménage n'intervient pas dans l'ajustement des poids QAA, vu le caractère individuel du questionnaire. Les individus d'un même ménage n'ont donc pas nécessairement un poids final identique.

Le poids final au QAA associé à chaque individu m, du ménage k, de l'USE j, de l'UPE i, de la strate h, de la classe de pondération c au QRI et f au QAA (ajustement pour la non-réponse), et de la classe de pondération g au QRI et s au QAA (ajustement à la population) est ainsi défini :

$$P_{2p}(m) = P_2(m) \times \frac{W(s)}{P_2(s)}$$

où W(s) est le nombre projeté en 1998 de personnes de la classe s vivant dans les ménages privés et

$$P_2(s) = \sum_{m \in s} P_2(m)$$

Puisque l'on a utilisé les poids associés à la distribution de la population visée au QRI comme base (c'est-à-dire les poids P_{1p} définis à la section 3.3), cette étape a peu d'effet mais on s'assure tout de même d'obtenir des effectifs semblables (tableau 14.4).

Tableau 14.4
Somme des poids avant l'ajustement à la population des 15 ans et plus, projection du nombre de personnes de 15 ans et plus vivant dans les ménages privés en 1998 et rapport entre la projection et la somme des poids avant l'ajustement final, selon le groupe d'âge et le sexe, *Enquête sociale et de santé 1998*

Groupe d'âge et sexe	Somme des poids avant l'ajustement final[1]	Projection du nombre de personnes de 15 ans et plus vivant dans les ménages privés[1] en 1998	Projection 1998 / somme des poids avant l'ajustement
15-24 ans Homme	480 750	497 590	1,04
15-24 ans Femme	485 330	475 880	0,98
25-44 ans Homme	1 166 650	1 174 650	1,01
25-44 ans Femme	1 176 280	1 149 080	0,98
45-64 ans Homme	838 970	841 940	1,00
45-64 ans Femme	872 480	868 670	1,00
65 ans et plus Homme	345 970	347 590	1,00
65 ans et plus Femme	458 350	469 390	1,02
Total	**5 824 780**	**5 824 780**	**1,00**

1. Les nombres ont été arrondis.
2. À cause des arrondissements, le total peut ne pas être égal à la somme des parties

14.6 Pondérations ramenées à la taille de l'échantillon

Des pondérations, dont la somme des poids concordent avec le nombre de répondants pour un sous-ensemble donné, ont également été utilisées dans l'analyse de cette enquête. Ces poids ont principalement servi lors de l'utilisation du test du khi-deux.

Au QRI, cette variable de pondération qui ramène le total des poids P_{1p} au nombre de répondants du QRI est obtenue de la façon suivante :

$$P_{1m}(m) = P_{1p}(m) \times \frac{30\,386}{\sum_{m} P_{1p}(m)}$$

où 30 386 est le nombre total de répondants au QRI et la somme de P_{1p} est égale au nombre estimé de personnes vivant dans les ménages privés en 1998, soit 7 172 812 personnes. De cette façon, la variable P_{1m} prend une valeur moyenne de 1 et sa somme sur l'ensemble des répondants au QRI est de 30 386. Ce poids est utilisé lorsque l'unité d'analyse au QRI est l'individu.

Lorsque l'unité est plutôt le ménage, la variable de pondération qui ramène le total des poids P_{1p} au nombre de ménages répondants se calcule comme suit :

$$P_{3m}(k) = P_{1p}(k) \times \frac{11\,986}{\sum_{k} P_{1p}(k)}$$

où 11 986 représente le nombre total de ménages répondants au QRI et la somme, au nombre estimé[26] de ménages privés en 1998, c'est-à-dire 2 963 478. De cette façon, la variable P_{3m} prend une valeur moyenne de 1 et sa somme sur l'ensemble des ménages répondants au QRI est de 11 986.

Au QAA,

$$P_{2m}(m) = P_{2p}(m) \times \frac{20\,773}{\sum_{m} P_{2p}(m)}$$

où 20 773 est le nombre de répondants au QAA et la somme de P_{2p} est égale au nombre estimé de personnes de 15 ans et plus vivant dans les ménages privés, soit 5 824 783 personnes. De cette façon, la variable P_{2m} prend une valeur moyenne de 1 et sa somme sur l'ensemble des répondants au QAA est de 20 773.

Ces trois variables de pondération ne changent pas le poids relatif des répondants, elles en changent seulement l'ordre de grandeur. Peu importe que les poids à moyenne 1 (P_{1m}, P_{2m} ou P_{3m}) ou les poids populationnels P_{1p} ou P_{2p} soient utilisés, ils n'influent en rien les estimations de proportion ou de moyenne. Par contre, pour les estimations de totaux, on se doit d'utiliser les poids P_{1p} ou P_{2p}.

14.7 Pondération régionale

Le plan de sondage de l'ESS98 permet également l'analyse régionale. L'estimation de totaux pour une région donnée est obtenue en utilisant les poids populationnels déjà définis, soit P_{1p} pour le QRI et P_{2p} pour le QAA.

La pondération ramenée à la taille de l'échantillon régional (poids à moyenne 1) a été établie de la même façon que celle pour le QRI et le QAA, décrite à la section précédente. Ainsi, pour le poids à moyenne 1 au QRI pour une région donnée :

$$P_{1m\,(\text{région})}(m) = P_{1p}(m) \times \frac{n_{\text{région}}}{\sum_{m \in \text{région}} P_{1p}(m)}$$

où $n_{\text{région}}$ = nombre total de répondants au QRI pour la région donnée.

La pondération à moyenne 1 pour le QAA pour une région donnée s'obtient de façon similaire.

26. Comme les membres au sein d'un ménage ont un poids identique, un seul poids par ménage est nécessaire. Le nombre estimé de ménages privés est la somme du poids P1p pour l'ensemble des 11 986 ménages.

La pondération à moyenne 1 régionale ne s'utilise que pour l'analyse d'une seule région à la fois. Comme l'importance relative des régions n'est pas conservée dans ce type de pondération, on ne peut pas alors utiliser la pondération régionale à moyenne 1 pour analyser deux ou plusieurs régions en même temps.

14.8 Pondération pour la section IX du QRI

Tout au long du QRI, les problèmes de santé des répondants ont été identifiés, puis examinés plus en détail à la section IX du QRI « Questions sur les problèmes de santé déclarés ». L'unité d'analyse est donc un problème de santé et non un individu. Ainsi, un individu aux prises avec des problèmes de santé se retrouvera dans le fichier d'analyse autant de fois qu'il a de problèmes identifiés.

Tous les problèmes de santé relevés dans le QRI n'ont pas été analysés : pour la comparaison avec les données de l'enquête *Santé Québec 1987*, les questions QRI104, QRI107 et QRI120, constituant des ajouts en 1998, ont été mises de côté; de plus, les examens (prévention, dépistage, diagnostic, etc.) et les motifs de recours aux services, comme la vaccination, soit les codes[27] CIM-9 : V000 à V999 (OMS, 1977), n'ont pas été codés comme problèmes de santé et ont donc été exclus de l'analyse.

Une pondération s'est avérée nécessaire, car la section IX n'a pas été remplie pour tous les problèmes déclarés (taux de réponse pondéré de 80 %). Le poids final au QRI, c'est-à-dire P_{1p}, a été ajusté afin de tenir compte de cette non-réponse. Un taux de réponse pondéré a été obtenu par classe de pondération. La construction de ces classes s'est faite de façon similaire à ce qui a été discuté auparavant. Le poids final P_{4p} rattaché à chaque problème de santé « répondant » est donc le poids P_{1p} multiplié par l'inverse du taux de réponse pondéré par classe de pondération.

14.9 Pondérations présentes dans les fichiers de microdonnées

Les chercheurs ont accès aux fichiers de microdonnées de l'ESS98. Toutefois, les poids au QRI ont subi une perturbation afin de préserver l'anonymat des répondants. Par contre, les poids au QAA sont demeurés intacts.

Ainsi, les estimations (proportion, moyenne ou totaux) utilisant les poids QRI et produites à l'aide du fichier de microdonnées peuvent à l'occasion produire de légères incohérences avec les estimations présentées dans le rapport « *Enquête sociale et de santé 1998* », diffusé par l'Institut de la statistique du Québec en novembre 2000. L'annexe 9 fournit de plus amples détails.

---

27. La 9e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) a permis de coder chaque problème de santé déclaré.

Le tableau 14.5 présente la correspondance entre le nom des poids discutés dans ce document et le nom des poids présents dans les fichiers de microdonnées.

Tableau 14.5
Correspondance entre le nom des poids de ce document et le nom des poids présents dans les fichiers de microdonnées, *Enquête sociale et de santé 1998*

Type de pondération	Nom de la pondération	
	Document	**Microdonnées**
Poids QRI populationnel	P_{1p}	CPOIDS1P
Poids QRI à moyenne 1	P_{1m}	CPIDS1M1
Poids QRI régional à moyenne 1	$P_{1m\ (région)}$	CPIM1R
Poids QAA populationnel	P_{2p}	POIDS2P
Poids QAA à moyenne 1	P_{2m}	POIDS2M1
Poids QAA régional à moyenne 1	$P_{2m\ (région)}$	P2M1R

15. Non-réponse partielle

La non-réponse partielle est un problème de taille dans les enquêtes. L'ampleur de ce phénomène est mesurée par le taux de non-réponse partielle défini comme le rapport entre le nombre de non-répondants à une question donnée et le nombre de personnes qui devaient y répondre. La non-réponse partielle peut entraîner des biais dans les estimations si les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants. Par ailleurs, plus la non-réponse partielle est importante, plus le risque de biais est grand.

Pour l'*Enquête sociale et de santé 1998*, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a procédé en trois temps pour étudier la non-réponse partielle. Tout d'abord, on a calculé les taux de non-réponse partielle pour chacune des questions du questionnaire rempli par l'interviewer (QRI) et du questionnaire autoadministré (QAA). Puis, pour l'analyse du questionnaire autoadministré, pour lequel il y a en général plus de non-réponse partielle, on a construit un indice de synthèse de la réponse afin de brosser un portrait global de la non-réponse partielle à l'ensemble des questions du QAA. Quant au QRI, mise à part la variable du revenu servant à construire l'indice de suffisance de revenu du ménage, aucun cas problématique n'a été relevé. Cela s'explique probablement par la présence des intervieweurs et par l'utilisation d'un questionnaire informatisé. Ainsi, aucun indice de synthèse n'a dû être construit pour le QRI; on a cependant procédé à l'imputation de l'indice de suffisance de revenu fréquemment utilisé comme variable concomitante dans les analyses des caractéristiques de santé.

La section 15.1 résume d'abord les principaux résultats de l'examen détaillé des données du QAA. Puis, l'indice de synthèse de la non-réponse partielle au QAA est présenté à la section 15.2. Finalement, la section 15.3 aborde la question de la méthodologie utilisée pour l'imputation de l'indice de suffisance de revenu.

Par ailleurs, pour les populations estimées, la question de la non-réponse partielle est discutée dans la section 16 portant sur les méthodes d'analyse.

15.1 Analyse de la non-réponse partielle au QAA

Dans un premier temps, on a évalué la non-réponse pour chaque question. Au moment de réaliser cette étape, on a considéré le nombre de personnes répondantes aux trois premières vagues de la collecte, soit 15 313 personnes de 15 ans et plus, le QAA ne s'adressant pas aux individus de moins de 15 ans. Il s'agit donc ici d'analyse portant sur des données non finales et les taux présentés sont non pondérés.

Pour la suite, l'étude a principalement porté sur les questions ou groupes de questions ayant un taux de non-réponse partielle supérieur à 10 % jugées comme potentiellement problématiques. Cela a notamment permis de détecter des problèmes dans le traitement de certaines questions.

15.1.1 Cas problématiques

Le tableau 15.1 présente les questions qui, ayant un taux de non-réponse supérieur à 10 %, sont retenues afin d'être analysées plus en profondeur. Les lettres entre parenthèses réfèrent aux énoncés d'une question. Par exemple, QAA29 (a ? c) signifie qu'on parle des questions QAA29a, QAA29b et QAA29c.

Tableau 15.1
Questions du QAA ayant un taux de non-réponse supérieur à 10 %, *Enquête sociale et de santé 1998*

Questions	Nombre de répondants potentiels	Taux de non-réponse partielle (%)
QAA6 (b ? d)	7 286	20,3 à 22,1
QAA6f	7 286	37,5
QAA17 (b ? v)	15 313	10,7 à 13,1
QAA18 (a ? u)	15 313	10,5 à 12,1
QAA29 (a ? c)	15 313	10,4 à 13,6
QAA35	870	13,1
QAA91	7 046	11,3
QAA92	7 046	11,6
QAA93	7 046	11,6
QAA94	7 046	11,6
QAA95 (a ? h)	7 046	12,1 à 12,8
QAA97 (a ? k)	3 641	10,8 à 18,4
QAA143 (a ? i)	388	17,3 à 27,6
QAA198	246	10,6
QAA211	1 180	10,3
QAA214	1 180	10,8

Quelques autres questions doivent aussi être mentionnées bien que le taux de non-réponse qui leur est associé n'atteigne pas le seuil de 10 %. Il s'agit des énoncés de la question QAA6 manquants au tableau, soit les questions QAA6a et QAA6e dont les taux de non-réponse sont respectivement de 9,5 % et 8,7 %. Pour sa part, la question QAA17a possède un taux de 6,5 %.

On peut distinguer ici deux types de non-réponse partielle : les schémas de réponse et les autres types de non-réponse partielle.

15.1.2 Schémas de réponse

Pour certaines questions problématiques présentant plusieurs énoncés, on a pu noter la présence d'un schéma de réponse. Cela se produit lorsque la personne a répondu à au moins un des énoncés de la question, qu'elle a répondu à au moins un énoncé de la question par l'affirmative et que la personne n'a jamais utilisé les choix de réponse correspondant à la négative. Dans un tel cas, on ne peut pas supposer que la non-réponse partielle est aléatoire.

C'est le cas des questions QAA6a à QAA6f portant sur les raisons du désir de changement de poids, des questions QAA17a à QAA17v et QAA18a à QAA18u s'intéressant à la fréquence de pratique de certaines activités physiques, des questions QAA97a à QAA97k qui mesurent le lien avec le travail de certaines douleurs ressenties au cours des 7 derniers jours aux différentes parties du corps et aussi des questions sur le moyen envisagé pour se suicider QAA143a à QAA143i.

Une analyse particulière de ces questions a d'abord permis d'établir la proportion de non-réponse partielle qui était attribuable à un schéma de réponse. Le tableau 15.2 présente cette information.

Tableau 15.2
Nombre et proportions de non-répondants à des questions du QAA dus à la présence d'un schéma de réponse, *Enquête sociale et de santé 1998*

Question	Nombre de non-répondants dû au schéma	Nombre de répondants potentiels à la question	Fraction due au schéma (%)
QAA6 (a ? f)	1 509	7 286	20,3
QAA17 (a ? v)	1 486	15 313	9,6
QAA18 (a ? u)	610	15 313	4,0
QAA97 (a ? k)	624	3 641	17,1
QAA143 (a ? i)	79	388	19,9

Puisque pour ces situations, l'hypothèse d'une non-réponse partielle aléatoire ne pouvait être faite, on a procédé à l'imputation déductive des réponses manquantes. Cette méthode consistait à attribuer la réponse correspondant à la négative (« non », « aucune fois » etc.) aux énoncés laissés sans réponse. Pour la majorité des questions présentant un schéma de réponse, ceci a permis de réduire la non-réponse partielle à un niveau tel qu'on a pu supposer que l'impact sur les estimations et les analyses est négligeable. Le tableau 15.3 présente le portrait de la non-réponse partielle après l'imputation déductive.

Tableau 15.3
Effets de l'imputation sur les taux de non-réponse à des questions du QAA, *Enquête sociale et de santé 1998*

Question	Nombre de répondants potentiels	Nouveau taux de non-réponse (%)	Taux initial de non-réponse (%)
QAA6 (b ? d)	7 286	2,3 à 2,7	20,3 à 22,1
QAA6f	7 286	18,7	37,5
QAA17(b? v)	15 313	2,8 à 5,2	10,7 à 13,1
QAA18(a? u)	15 313	7,7 à 8,3	10,5 à 12,1
QAA97(a? k)	3 641	2,0 à 2,8	10,8 à 18,4
QAA143(a? h)	388	3,6 à 5,2	17,3 à 24,2
QAA143i	388	9,8	27,6

Il est à noter qu'après l'imputation, trois questions sont demeurées avec un taux de non-réponse partielle problématique : les questions QAA6f (autre raison pour changer de poids), QAA143i (autre moyen envisagé pour se suicider) et QAA18a à QAA18u (fréquence de pratique de certaines activités physiques). Mentionnons que dans les deux premiers cas, les non-répondants ont tendance à être un peu plus âgés que les répondants. Quant aux non-répondants de la question QAA18, ce sont également des personnes un peu plus âgées; elles sont par ailleurs moins scolarisées et ne travaillent pas en plus grande proportion que les répondants.

Deux autres questions du QAA ont été étudiées même si le taux de non-réponse partielle qui leur est associé n'atteint pas le seuil de 10 %. Il s'agit des questions QAA43 portant sur la consommation d'alcool au cours des 7 derniers jours et de la question QAA49 sur le type de travail actuellement occupé. On soupçonnait pour ces deux cas que la non-réponse partielle était aussi associée à un schéma de réponse. Le tableau 15.4 présente la situation avant et après l'imputation déductive.

Tableau 15.4
Effets de l'imputation sur le taux de non-réponse des questions QAA43 et QAA49, *Enquête sociale et de santé 1998*

Question	Nombre de répondants potentiels	Nouveau taux de non-réponse (%)	Taux initial de non-réponse (%)
QAA43 (a ? g)	7 414	2,1 à 2,4	5,1 à 9,1
QAA49(a ? b)	8 614	1,2 à 1,4	3,7 à 4,3
QAA49c	8 614	3,3	8,5

15.1.3 Autres types de non-réponse partielle

Pour les questions présentant des taux de non-réponse partielle supérieurs à 10 % qui ne correspondent pas à des schémas de réponse, on a comparé les caractéristiques personnelles des non-répondants à celles des répondants. Une fois ces informations connues, les biais potentiels sur les estimations produites peuvent être évalués en supposant que les non-répondants ayant des caractéristiques données auraient fourni des réponses équivalentes à celles données par les répondants possédant les mêmes caractéristiques personnelles. Entre autres caractéristiques étudiées, on a considéré ici le sexe, le fait d'avoir ou non un emploi rémunéré, la catégorie de revenu personnel total, l'âge en quatre catégories et la scolarité.

Les différences existant entre les répondants et les non-répondants sont présentés par section du questionnaire.

Section V - Le tabac (QAA29a, QAA29b, QAA29c)

Le taux de non-réponse des énoncés de la question QAA29 sur l'exposition à la fumée de cigarette des autres varie entre 10 % et 14 % (15 313 répondants potentiels).

De 10 % à 12 % des non-répondants sont également non-répondants à la question QAA20 sur l'usage de la cigarette comparativement à un peu moins de 1 % chez les répondants. En majorité (62 % à 69 %), lorsque les personnes ne répondent pas à un des énoncés de la question QAA29 (QAA29a, QAA29b, QAA29c), elles ne répondent pas aux deux autres énoncés de cette question.

Le fait de fumer (QAA20) ou non n'a pas d'influence sur la non-réponse à cette question. De plus, 70 % des non-répondants sont des personnes qui ne travaillent pas comparativement à 39 % chez les répondants. Les non-répondants sont caractérisés aussi par un âge plus élevé et une scolarité plus faible. En effet, 78 % de ceux-ci sont âgés de 45 ans et plus, comparativement à 38 % des répondants. Concernant la scolarité, 73 % des non-répondants n'ont pas terminé leur niveau secondaire comparativement à 37 % des répondants.

Section VI - L’alcool (QAA35)

La question QAA35 sur l'âge auquel un ancien buveur a cessé de boire présente un taux de non-réponse de 13 % (avec un nombre de répondants potentiels de 870).

Notons que 70 % des non-répondants à la question sont des femmes comparativement à 41 % des répondants. Donc, les femmes ont moins répondu à la question Q35 que les hommes.

Section VIII - Le travail (QAA91, QAA92, QAA93, QAA94, QAA95 et QAA97)

Les questions QAA91, QAA92, QAA93, QAA94, QAA95 et QAA97 présentent des taux de non-réponse supérieurs à 10 % (voir tableau sur les taux de non-réponse).

Pour l’ensemble de ces questions, de 43 % à 48 % des non-répondants sont âgés de 45 ans et plus, comparativement à environ 29 % chez les répondants. La scolarité a également un effet sur la non-réponse à ces questions (sauf pour la question QAA97). Ainsi, 42 % à 43 % des non-répondants possèdent un faible niveau d’éducation (incluant les personnes avec seulement un niveau primaire et celles n’ayant jamais terminé leur secondaire) comparativement à 24 % chez les répondants.

Le tiers des non-répondants (33 %) à la question QAA94 étaient également non-répondants à la question QAA93, comparativement à 0,2 % chez les répondants. Concernant la scolarité, 32 % des non-répondants ont un niveau d'éducation secondaire complété ou moins, comparativement à 24 % chez les répondants.

Section XIII - Le service Info-santé CLSC (QAA198)

La question QAA198 sur la connaissance de l'existence de ce service dans la région, pour sa part, présente un taux de non-réponse de près de 10 %, (avec seulement 246 répondants potentiels). Par contre, cette question n’est peut-être pas à considérer étant donné qu’elle possède une taille peu élevée de répondants. Les non-répondants sont en majorité des personnes ayant un faible niveau de scolarité (76 %) comparativement aux répondants (44 %).

Section XVI - La sexualité (QAA211, QAA214)

Les questions QAA211 et QAA214 sur le fait de vivre ou non avec un partenaire sexuel régulier ont un taux de non-réponse de près de 10 % (avec 1 180 répondants potentiels). La très grande majorité (plus de 85 % des cas) des non-répondants à l'une de ces questions (QAA211 ou QAA214) n’ont pas répondu non plus à l’autre question. En englobant les deux questions, 80 % des non-répondants ont une scolarité d’au plus un niveau secondaire complété comparé à 61 % des répondants.

15.2 Indice de synthèse de la non-réponse partielle au QAA

L’évaluation générale de la non-réponse partielle à partir d’un indice de synthèse a été faite pour le questionnaire autoadministré de l’*Enquête sociale et de santé 1998*. Pour ce faire, un groupe de questions jugées importantes pour les analyses subséquentes et qui permettent d’avoir une vue d’ensemble du questionnaire entier sont choisies. Les questions utilisées ici sont au nombre de quinze (tableau 15.5).

Tableau 15.5
Questions composant l'indice de synthèse de la non-réponse partielle au QAA, *Enquête sociale et de santé 1998*

QAA1	… diriez-vous que votre santé est en général …
QAA8	… diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont …
QAA12	Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques …?
QAA20	Présentement fumez-vous la cigarette?
QAA33	Avez-vous déjà consommé de la bière, du vin, …?
QAA44	… savoir s'il vous est arrivé de prendre de la drogue …
QAA48	Occupez-vous présentement un emploi rémunéré?
QAA140	… diriez-vous que votre santé mentale est en général …
QAA141	… vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider …
QAA146	Combien de fois avez-vous participé à des rencontres …?
QAA171	Avez-vous un ou des enfants …?
QAA203	Avez-vous déjà eu des relations sexuelles?
QAA223	Quelle est la première langue que vous avez apprise …?
QAA226	Dites-nous le plus haut niveau de scolarité …
QAA234	Comment percevez-vous votre situation économique …?

L'indice est ensuite simplement construit en calculant la proportion de répondants au QAA qui ont fourni des réponses à ces quinze questions (l'indice vaut alors 0), qui ont répondu à quatorze de ces questions (l'indice vaut alors 1) et ainsi de suite. La proportion de répondants pour lesquels l'indice prend la valeur 0 est particulièrement intéressante. Il est cependant à noter que la valeur maximale qu'elle peut atteindre correspond au taux de réponse de la question la moins bien répondue (95,1 %). La répartition des répondants après trois vagues de collecte selon l'indice de synthèse est présentée au tableau 15.6.

Tableau 15.6
Répartition des répondants selon l'indice de synthèse de la non-réponse partielle au QAA après trois vagues, *Enquête sociale et de santé 1998*

Nombre de questions sélectionnées non-répondues	Nombre de personnes de l'échantillon	Pourcentage (%)
0	12 087	78,9
1	2 052	13,4
2	532	3,5
3	232	1,5
4	132	0,9
5	86	0,5
6	72	0,5
7	53	0,3
8	44	0,3
9	11	0,1
10	10	0,1
11	2	0,0
Total	15 313	100,0

Parmi les 15 313 répondants au QAA, 78,9 % ont répondu à l'ensemble des 15 questions; on peut donc conclure que le QAA a été bien répondu en général. Cependant, une analyse détaillée révèle que les 21,1 % de gens pour lesquels au moins une réponse est manquante possèdent des caractéristiques particulières. En effet, les non-répondants comptent une proportion plus grande de personnes peu scolarisées (la variable utilisée étant la scolarité relative) et âgées de 65 ans et plus. En outre, parmi les personnes de 65 ans et plus, celles ayant une scolarité plus faible sont, toutes proportions gardées, encore moins nombreuses à répondre que les autres du même âge. Les non-répondants sont aussi proportionnellement plus nombreux à ne pas avoir un emploi et sont en proportion plus grande chez ceux qui sont nés à l'étranger.

Toutes les analyses de la non-réponse partielle au QAA ont permis de constater que les non-répondants sont en majorité des personnes plus âgées et moins scolarisées. En plus, le sexe et le fait de travailler ou non caractérisent les non-répondants à certaines questions. Les sections « Aspects méthodologiques » de chaque chapitre du rapport de l'enquête fournissent des informations détaillées sur la non-réponse partielle pour les questions et indices pour lesquels le taux de non-réponse est supérieur à 5 %. Le cas échéant, une évaluation des biais possibles sur les estimations est en général présenté.

15.3 Imputation de l'indice de suffisance du revenu

15.3.1 Problématique

L'indice de suffisance du revenu classe les ménages selon la taille et le revenu brut du ménage. Cet indice est une composante fréquemment utilisée lors des analyses car l'existence d'un lien important entre la santé et le revenu est maintenant bien établi. L'utilisation de l'indice est privilégiée car on souhaite davantage obtenir une idée de la « situation financière » du ménage que son revenu global. La description des catégories de l'indice est présentée au tableau 15.7.

Tableau 15.7
Description des catégories de l'indice de suffisance du revenu, *Enquête sociale et de santé 1998*

Très pauvre	< 10 000 $ ou sans revenu pour 1-4 personnes < 15 000 $ ou sans revenu pour 5 personnes ou plus
Pauvre	10 000 $ - 14 999 $ pour 1 ou 2 personnes 10 000 $ - 19 999 $ pour 3 ou 4 personnes 15 000 $ - 29 999 $ pour 5 personnes ou plus
Moyen inférieur	15 000 $ - 29 999 $ pour 1 ou 2 personnes 20 000 $ - 39 999 $ pour 3 ou 4 personnes 30 000 $ - 59 999 $ pour 5 personnes ou plus
Moyen supérieur	30 000 $ - 59 999 $ pour 1 ou 2 personnes 40 000 $ - 79 999 $ pour 3 ou 4 personnes 60 000 $ - 79 999 $ pour 5 personnes ou plus
Supérieur	60 000 $ ou plus pour 1 ou 2 personnes 80 000 $ ou plus pour 3 personnes ou plus

Cependant, l'indice de suffisance du revenu (SUFREV) ne peut être calculé pour tous les ménages. En effet, certaines catégories de réponse du revenu du ménage sont imprécises et un bon nombre de valeurs sont tout simplement manquantes. Notons que pour quelques catégories de ménages, il est possible d'attribuer une valeur de SUFREV même si seulement un revenu imprécis est disponible.

Le tableau 15.8 présente le nombre de ménages pour lesquels l'indice de suffisance du revenu ne peut être obtenu à partir des données recueillies. Initialement, un nombre anormalement élevé de ménages avaient déclaré un revenu nul (329 ménages). Or ces ménages n'avaient pas les mêmes caractéristiques que les ménages à faibles revenus. De plus il s'agissait en grande majorité de ménages enquêtés à la première vague de collecte. Ainsi, une analyse approfondie a permis de remplacer la majorité des revenus nuls en revenus manquants.

Tableau 15.8
Distribution de l'ensemble des ménages et du sous-ensemble des ménages non-répondants à SUFREV selon le revenu déclaré, *Enquête sociale et de santé 1992-1993* et *Enquête sociale et de santé 1998*

Code	Revenu déclaré	ESS92-93[1] (4 vagues)	ESS98 (4 vagues)		Ménages pour lesquels une valeur de SUFREV ne peut être attribuée ESS98
		Ensemble des ménages			
		%	n	%	N
1	Aucun revenu	0,1	25	0,2	
2	*0 – 19 999 $*	6,6	28	0,2	28
3	*0 – 9 999 $*	6,1	14	0,1	
4	0 – 4 999 $	0,5	192	1,6	
5	5 000 $ – 9 999 $	2,3	798	6,7	
6	*10 000 $ - 19 999 $*	3,7	22	0,2	18
7	10 000 $ - 14 999 $	6,8	1 125	9,4	
8	15 000 $ - 19 999 $	5,3	762	6,4	
9	*Plus de 20 000 $*	8,3	85	0,7	85
10	*20 000 $ - 39 999 $*	4,0	26	0,2	21
11	20 000 $ - 29 999 $	9,0	1 911	15,9	
12	30 000 $ - 39 999 $	10,2	1 637	13,7	
13	*Plus de 40 000 $*	3,8	52	0,4	52
14	40 000 $ - 59 999 $	15,7	2 390	19,9	
15	60 000 $ - 79 999 $	7,0	885	7,4	
16	80 000 $ - 99 999 $	2,8	363	3,0	
17	100 000 $ et plus	2,0	233	1,9	
98	*Ne sait pas*	2,7	342	2,9	342
99	*Refus*	3,2	1 096	9,1	1 096
	Total	**100,0**	**11 986**	**100,0**	**1 642**

1 Le nombre de ménages était de 13 266.

Ainsi, une analyse approfondie a permis de remplacer la majorité des revenus nuls en revenus manquants.

Notons que parmi les 1 642 ménages pour lesquels une valeur de l'indice de suffisance du revenu ne peut être attribuée, 87,6 % de ceux-ci n'ont pas fourni de revenu, alors que 12,4 % ont répondu de façon imprécise (par exemple : plus de 40 000 $). Ces pourcentages sont fort différents de ceux obtenus à l'enquête de 1992-1993 où 19,8 % n'avaient pas fourni de revenu et 80,2 % avaient répondu de façon imprécise. On note par ailleurs une baisse marquée du pourcentage de ménages pour lesquels une valeur de l'indice de suffisance du revenu ne peut être attribuée à l'enquête de 1998 par rapport à celle de 1992-1993; ce pourcentage est passé de 29,9 % à 13,7 %. Cette amélioration est possiblement due à l'informatisation du questionnaire. Ces résultats sont résumés aux tableaux 15.9 et 15.10.

Tableau 15.9
Distribution des ménages pour lesquels une valeur de SUFREV ne peut être attribuée selon le type de non-réponse, *Enquête sociale et de santé 1998* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*

Type de non-réponse	ESS98		ESS92-93	
	N	%	N	%
Revenu imprécis	204	12,4	3 175	80,2
Aucun revenu fourni	1 438	87,6	786	19,8
Total	1 642	100,0	3961	100,0

Tableau 15.10
Distribution des ménages selon qu'une valeur de SUFREV peut ou non être attribuée, *Enquête sociale et de santé 1998* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*

	ESS98		ESS92-93	
	N	%	N	%
Ménages pour lesquels une valeur de SUFREV ne peut être attribuée	1 642	13,7	3 961	29,9
Ménages pour lesquels une valeur de SUFREV peut être attribuée	10 344	86,3	9 305	70,1
Total	11 986	100,0	13 266	100,0

15.3.2 Justification de l'imputation

Si les réponses reliées à la santé et aux variables socioéconomiques étaient distribuées de façon similaire entre les répondants et les non-répondants[28], il ne serait pas nécessaire de se soucier des valeurs manquantes de SUFREV. En l'occurrence, les données disponibles de SUFREV pourraient être analysées directement pour obtenir des estimations fiables. Cependant, dans le cas contraire, les estimations obtenues basées sur les répondants seulement ne seraient pas représentatives de la population à l'étude; les estimations seraient biaisées.

À l'aide d'analyses bivariées, on a comparé les profils des répondants et des non-répondants en fonction de variables sociodémographiques généralement reliées au revenu. Il s'est avéré que le profil des ménages non-répondants est différent de celui des ménages répondants. Parmi les ménages non-répondants, on retrouve surtout des ménages possédant les caractéristiques suivantes : ménage comprenant au moins une personne âgée, couple sans enfant ou famille monoparentale, ménage ne comptant aucune personne en emploi, mais comportant au moins une personne à la retraite, ou ménage comptant uniquement des personnes qui tenaient

28. Les non-répondants sont considérés comme les ménages pour lesquels aucune valeur de l'indice de suffisance du revenu est attribuée.

maison. De plus, on a noté parmi les répondants, la présence d'une relation entre le revenu et les variables sociodémographiques énumérées précédemment. En conséquence, une méthode pour compenser les données manquantes semble nécessaire.

Une approche fréquemment utilisée dans de telle situation est l'imputation. De façon générale, l'imputation tend à réduire le biais dans les estimations, mais elle entraîne souvent une augmentation de la variance. Lorsque le taux de non-réponse partielle est relativement faible (inférieur à 5 %), il n'est pas nécessairement judicieux d'imputer, car le gain obtenu dans la diminution de biais n'est pas assez important par rapport à l'augmentation possible de la variance (Cox et Cohen, 1985).

Ainsi, étant donné que le revenu du ménage est une variable importante, que la non-réponse de SUFREV est relativement élevée (13,7 %), que les ménages non-répondants sont différents des ménages répondants selon des variables sociodémographiques et que le revenu est relié à ces mêmes variables, la décision d'imputer une valeur de revenu semble appropriée. Le revenu imputé servira par la suite à calculer une valeur pour l'indice de suffisance du revenu.

15.3.3 Méthode d'imputation

La méthode choisie, qui est similaire à celle utilisée lors de l'enquête de 1992-1993, est l'imputation par la régression. Cette approche utilise certaines données provenant des répondants pour créer un modèle qui expliquera le mieux la variable réponse qui est le revenu. Ce modèle sera ensuite utilisé pour prédire les données manquantes. Cette technique requiert que les variables du modèle soient disponibles pour les non-répondants et les répondants, et qu'elles soient liées à la variable réponse. Un modèle logistique sera choisi car la variable à imputer, le revenu, est catégorique.

Cette approche a été privilégiée pour plusieurs raisons : plusieurs variables reliées au revenu sont disponibles; elle permet de sélectionner, en utilisant un critère d'optimalité, les variables expliquant le mieux le revenu; et elle a l'avantage, une fois l'imputation effectuée, de rendre identique, à l'intérieur d'un même groupe d'imputation, la distribution des non-répondants et celle des répondants obtenue à partir du modèle.

De façon plus spécifique, avant de procéder à l'imputation des non-répondants, un modèle est construit à partir des répondants. Les variables incluses dans le modèle forment les classes d'imputation. On estime les paramètres du modèle et on obtient par la suite, pour chaque classe d'imputation, une distribution du revenu. On répartit alors les non-répondants de façon aléatoire et proportionnelle à l'intérieur des classes d'imputation correspondantes. À noter que déterminer la distribution à partir des répondants et attribuer cette répartition aux non-répondants suppose que la non-réponse est aléatoire dans une même classe d'imputation.

15.3.4 Transformation des variables pour le modèle logistique

Plusieurs variables reliées au revenu ont été sélectionnées; certaines d'entre elles sont associées aux individus et d'autres aux ménages. Étant donné que la variable à imputer est une variable ménage, il est nécessaire de transformer les variables individus en variable ménage. Différentes approches ont été utilisées pour accomplir cette tâche telle que décrite au tableau 15.11. Par exemple, on a utilisé la variable QAA231 qui est le revenu personnel provenant du questionnaire autoadministré. Cette variable, qui n'a pas été utilisée pour l'imputation lors de l'enquête de 1992-1993, est fortement reliée au revenu du ménage. Deux constructions ont été étudiées pour convertir QAA231 en variable ménage :

- le maximum du revenu des individus du ménage; étant donné que le revenu individuel est catégorique, le maximum est calculé à l'aide de la borne maximale de la catégorie du revenu individuel (variable Q231);

- la somme du point milieu de l'intervalle de la catégorie du revenu des individus (variable Q231) d'un même ménage.

La seconde construction a été privilégiée car la variable résultante est plus fortement liée au revenu brut du ménage provenant du QRI. En conséquence, la nouvelle variable ménage créée représente le pseudo-revenu du ménage construit à partir des revenus individuels; elle a été catégorisée selon les mêmes catégories utilisées par le revenu du ménage provenant du QRI. Le pseudo-revenu sera une des variables utilisées pour créer un modèle qui expliquera le mieux la variable réponse qui est le revenu brut du ménage.

Tableau 15.11
Description de certaines variables reliées au revenu, *Enquête sociale et de santé 1998*

Variable sélectionnée	Description	Type de variable	Modification apportée pour obtenir une variable ménage
AGE	Âge des répondants (QRI)	Individu	Catégorisation suivie du maximum de l'âge des individus du ménage
FAMILLE	Type de famille (Indice)	Ménage	Recatégorisation
Q234	Perception de la situation économique (QAA)	Individu	Meilleure valeur du ménage
Q231	Revenu personnel (QAA)	Individu	Somme du point milieux de l'intervalle de la catégorie du revenu des individus d'un même ménage; la variable résultante se nomme pseudo-revenu
SCOLRL98	Scolarité relative (QAA)	Individu	Valeur la plus élevée du ménage
STATUT	Occupation habituelle : 2 dernières semaines (Indice)	Individu	Priorité la plus élevée du ménage selon la priorité assignée[29]
STATACT2	Occupation habituelle : 12 derniers mois (Indice)	Individu	Priorité la plus élevée du ménage selon la priorité assignée[30]

15.3.5 Résultats obtenus

Nous avons créé 13 modèles différents d'imputation selon le type de réponses du revenu ménage (revenu imprécis ou revenu inconnu) et la disponibilité du revenu personnel des membres du ménage provenant du QAA (transformé en pseudo-revenu ménage). En effet, dans tous les cas sauf pour le revenu inconnu, les modèles d'imputation variaient selon que le revenu personnel (transformé en pseudo-revenu ménage) soit disponible ou non. Les modèles sont présentés au tableau 15.12.

29. Priorité assignée : 1 – emploi, 2 – retraite, 3 – autres, 4 – étudiant, 5 – tenait maison.
30. Priorité assignée : 1 – emploi, 2 – retraite, 3 – sans emploi, 4 – étudiant, 5 – tenait maison.

Tableau 15.12
Modèles utilisés pour l'imputation de l'indice de suffisance du revenu, *Enquête sociale et de santé 1998*

Modèle	Modèle pour le revenu	Facteurs principaux et termes d'interaction	Nombre de ménages à imputer
Modèle 1	Revenu entre 10 000 $ - 19 999 $	Pseudo-revenu ménage Type de famille Pseudo-revenu*type	14
Modèle 2	Revenu entre 10 000 $ - 19 999 $ (Revenu personnel manquant pour ménages à imputer)	Type de famille Occupation habituelle Type*occupation	4
Modèle 3	Revenu entre 20 000 $ - 39 999 $	Pseudo-revenu ménage Type de famille Pseudo-revenu*type	15
Modèle 4	Revenu entre 20 000 $ - 39 999 $ (Revenu personnel manquant pour ménages à imputer)	Type de famille Occupation habituelle	6
Modèle 5	Revenu supérieur à 40 000 $	Pseudo-revenu ménage Type de famille Scolarité relative	43
Modèle 6	Revenu supérieur à 40 000 $ (Revenu personnel manquant pour ménages à imputer)	Type de famille Âge	9
Modèle 7	Revenu inférieur à 19 999 $	Pseudo-revenu ménage Type de famille Pseudo-revenu*type	17
Modèle 8	Revenu inférieur à 19 999 $ (Revenu personnel manquant pour ménages à imputer)	Type de famille Occupation habituelle Âge	11
Modèle 9	Revenu supérieur à 20 000 $	Pseudo-revenu ménage Type de famille Scolarité relative	55
Modèle 10	Revenu supérieur à 20 000 $ (Revenu personnel manquant pour ménages à imputer)	Type de famille Occupation habituelle	30
Modèle 11	Revenu inconnu - Tous les individus des ménages nécessitant l'imputation ont répondu à Q231	Pseudo-revenu ménage Type de famille Occupation habituelle Scolarité relative	563
Modèle 12	Revenu inconnu - Certains individus des ménages nécessitant l'imputation n'ont pas répondu à Q231	Pseudo-revenu ménage Type de famille Occupation habituelle Scolarité relative	353
Modèle 13	Revenu inconnu - Les individus des ménages nécessitant l'imputation n'ont pas répondu à Q231 ou au QAA	Type de famille Occupation habituelle	522

Pour la création des modèles, les poids échantillonnaux ont été utilisés pour pondérer les données.

À titre d'exemple, examinons le modèle 1. Les répondants à ce modèle correspondent à ceux dont le revenu ménage varie entre 10 000 et 14 999 $ ou 15 000 $ et 19 999 $. Cet exemple illustre le cas d'un modèle dichotomique (deux catégories de revenu). Les variables retenues pour ce modèle sont le pseudo-revenu du ménage ainsi que le type de famille. Un des groupes d'imputation est représenté par les familles biparentales dont le pseudo-revenu du ménage se situe entre 10 000 $ et 14 999 $. À partir des ménages pour lesquels on a une réponse précise, on estime avec le modèle, que le revenu du ménage se distribue de la façon suivante :

Revenu entre 10 000 $ et 14 999 $ = 0,68

Revenu entre 15 000 $ et 19 999 $ = 0,32

Les non-répondants présentant les mêmes caractéristiques sont donc imputés de façon aléatoire selon la distribution des répondants d'une même classe d'imputation obtenue par le modèle, c'est-à-dire 68 % des non-répondants présentant les caractéristiques énumérées se verront attribuer un revenu entre 10 000 $ et 14 999 $. Les 32 % qui restent seront imputés d'un revenu entre 15 000 $ et 19 999 $. Les résultats de l'imputation sont présentés au tableau 15.13.

Tableau 15.13
Distribution des ménages selon le revenu, avant et après l'imputation, *Enquête sociale et de santé 1998*

Revenu	Avant	Après	
	Répondants %	Non-répondants imputés %	Global %
< 10 000 $	9,6	8,0	9,4
10 000 $ - 14 999 $	11,2	10,1	11,0
15 000 $ - 19 999 $	7,3	7,8	7,4
20 000 $ - 29 999 $	18,8	17,7	18,6
30 000 $ - 39 999 $	16,2	13,7	15,8
40 000 $ - 59 999 $	22,2	23,0	22,3
60 000 $ - 79 999 $	8,0	9,9	8,2
> 79 999 $	6,7	9,8	7,1
Total	100,0	100,0	100,0

15.3.6 Impact de l'imputation sur SUFREV

L'utilisation de l'information fournie a priori par les non-répondants permet de minimiser le biais introduit par les non-répondants sur les estimations de proportion.

L'estimation de variance, pour sa part, n'a pas été calculée après l'imputation; ainsi, celle-ci est calculée uniquement à partir des répondants. Cette approche conservatrice a pour effet de produire une variance supérieure à celle qu'on aurait obtenue en incluant les individus pour lesquels SUFREV a été imputé. En réalité, nous croyons que la variance serait inférieure en incluant les valeurs de SUFREV imputées car une information partielle assez précise était disponible pour un certain nombre de ménages à imputer.

16. Méthodes d'analyse

À l'instar des autres enquêtes de la DSQ, la présente enquête a sollicité la participation de nombreux professionnels et chercheurs du réseau de la santé et des services sociaux et des universités. Des groupes d'analyse, composés en général de 2 à 5 personnes choisies pour leur expertise et leur intérêt pour un sujet traité dans l'enquête, ont été mis sur pied. Ils ont participé à la conception des questionnaires, proposé le plan d'analyse des données portant sur leur thème et formulé des demandes de tableaux. Ces derniers ont été produits par la DSQ et analysés subséquemment par les groupes.

Ce mode de fonctionnement a un impact important sur le choix des méthodes d'analyse envisagées et deux approches ont été adoptées. Ainsi, une première approche approximative, permettant la production à grande échelle d'estimations et de tests avec le logiciel d'analyse statistique SAS, a d'abord été utilisée. La seconde approche, envisagée lorsque l'approche approximative ne permettait pas de conclure, utilisait plutôt un logiciel statistique spécialisé dans le traitement de données provenant d'un plan de sondage complexe, SUDAAN. Cette section présente les méthodes privilégiées selon les deux approches.

Il est à noter que les utilisateurs de la banque de données produites à partir des données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, ne peuvent avoir recours pour leurs analyses qu'à la méthode approximative. En effet, même un utilisateur possédant un logiciel permettant l'analyse de données d'enquêtes comme SUDAAN ne pourrait pas l'utiliser puisque cela requiert la connaissance de toutes les variables définissant le plan de sondage. Or, du point de vue de la confidentialité des microdonnées, ces variables sont fortement identificatrices et ont par conséquent été supprimées de la banque de données. La connaissance de ces informations aurait grandement augmenté le risque de divulgation de données confidentielles, ce qui va à l'encontre de la loi de l'Institut de la statistique du Québec. Cette loi nous oblige en effet à protéger toutes les informations recueillies dans le cadre d'une enquête.

Dans le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, les analyses présentées sont essentiellement descriptives; cette orientation permet en effet de rendre les résultats accessibles le plus rapidement possible aux planificateurs, décideurs et chercheurs. Pour cette raison, les estimations produites dans le rapport ne sont pas standardisées selon le sexe et l'âge comme c'est parfois le cas pour des publications portant sur la santé. Cependant, lors des comparaisons de résultats avec ceux de l'enquête de *Santé Québec 1987* ou de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, des sous-groupes du même âge et du même sexe sont comparés, ce qui permet un certain contrôle, le cas échéant, de l'effet confondant de ces variables.

La majorité des mesures considérées dans l'enquête étant catégoriques, le type d'analyses effectuées s'apparente surtout à celui de tableaux de fréquences et au traitement statistique de proportions. La section 16.1 renferme des détails concernant la production d'estimations simples. Puis, le calcul de la précision associée à ces estimation est abordé à la section 16.2. Finalement, les méthodes ayant servi à la construction des tests du khi-deux et des tests de comparaisons de proportions sont présentées à la section 16.3.

16.1 Estimations de proportions ou de moyennes

Toutes les estimations simples, comme les proportions et les moyennes qui sont produites à partir des données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* utilisent les pondérations. Cette façon de faire est celle qui convient pour procéder à l'inférence à la population. Les données pondérées sont en effet celles qui permettent notamment de tenir compte du caractère non proportionnel de la répartition de l'échantillon dans les strates et des ajustements effectués pour minimiser l'impact de la non-réponse (section 13. du présent document).

Ainsi, les estimations correspondant à des caractéristiques recueillies au questionnaire rempli par l'interviewer utilisent les poids au QRI. Celles qui concernent des thèmes du questionnaire autoadministré sont bâties à l'aide des poids au QAA. Il arrive aussi que des estimations soient produites en utilisant à la fois des informations tirées du QRI et du QAA. Pour produire de telles estimations, les poids du QAA sont ceux qui doivent être utilisés. Finalement, quelques analyses portent plus spécifiquement sur les problèmes de santé, c'est-à-dire que l'unité d'analyse est un problème de santé. En ce cas, les pondérations spécialement conçues à cette fin sont celles qui conviennent.

16.2 Estimations de populations

Bien que la majorité des estimations produites dans le rapport soient des proportions ou des moyennes, on y présente également des estimations de tailles de populations en milliers (Pe'000 dans les tableaux). En général, il s'agit d'estimations du nombre de personnes dans une population de référence touchées par un phénomène donné, par exemple, la consommation d'alcool. Pour de telles estimations, un taux de non-réponse partielle non nul, aussi minime soit-il, entraîne un biais équivalent dans l'estimation produite.

En plus d'utiliser des données pondérées comme pour les proportions et les moyennes, les estimations de populations ont donc été produites en effectuant un ajustement pour la non-réponse partielle par groupe d'âge et sexe, deux variables connues pour tous les répondants qui sont associées au phénomène de non-réponse de même qu'aux caractéristiques sociosanitaires de la population.

16.2.1 Méthode d'ajustement

La méthode consistait, premièrement, à estimer le nombre de personnes touchées par le phénomène par groupe d'âge et sexe, avec le produit de la proportion estimée par groupe d'âge et sexe, par le nombre total de personnes de ce groupe d'âge dans la population visée. Par la suite, on obtenait l'estimation finale en sommant l'ensemble des groupes d'âge et sexe.

L'hypothèse posée ici est que, pour des individus du même groupe d'âge et du même sexe, les non-répondants ont un comportement semblable à celui de ceux qui ont répondu. Les groupes d'âge utilisés correspondent en général aux groupes suivants : 0-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus. Cependant, pour certains chapitres où les groupes d'âge servant aux analyses diffèrent, ce sont les groupes analysés qui ont été utilisés dans les ajustements. Par exemple, pour le chapitre sur le comportement sexuel, les groupes d'âge ayant servi pour les ajustements sont les suivants : 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 et 60 ans et plus.

Pour certains thèmes traités dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, seul un sous-groupe de l'ensemble de la population était étudié. Par exemple, lorsqu'on estime la proportion de travailleurs ayant un statut permanent, la sous-population étudiée est celles des travailleurs. Dans un tel cas, l'estimation de population comportait une étape supplémentaire. Ainsi, pour estimer le nombre de travailleurs ayant un statut permanent, la première étape consistait à estimer le nombre de travailleurs par groupe d'âge et sexe pour ainsi tenir compte de la non-réponse à la question sur le travail. Finalement, le nombre de travailleurs à statut permanent était estimé tel que décrit au premier paragraphe en remplaçant les nombres de personnes visées par les nombres de travailleurs. Cette dernière étape traite donc plus spécifiquement de la non-réponse à la question sur la permanence de l'emploi.

16.2.2 Résultats

Les populations estimées (Pe'000) intégrées dans le rapport correspondent en général au nombre estimé de personnes dans la population ou sous-population ayant une caractéristique sociosanitaire donnée. Il s'agit en fait du numérateur de la proportion adjacente présentée dans le tableau. Par exemple, le tableau 4.1 du rapport révèle qu'environ 87,2 % des personnes âgées de 15 à 24 ans sont des buveurs actuels et donc que la population québécoise vivant en ménages privés compte près de 848 000 buveurs actuels de 15 à 24 ans. La plupart des chapitres comportent de telles estimations seulement pour les variables principales qui y sont étudiées. Également, lorsqu'un chapitre traite plus spécifiquement d'une sous-population, les tailles selon l'âge et le sexe correspondant à celle-ci on été calculées. Comme la méthode de calcul des populations estimées, contrairement aux estimations de proportions et de moyennes, comporte un ajustement pour la non-réponse partielle, il n'y a pas de correspondance parfaite entre la proportion et la population estimée qui lui est associée. D'ailleurs, les mises en garde concernant les biais potentiels causés par la non-réponse partielle sur une proportion ne s'appliquent pas nécessairement à l'estimation de la population correspondante.

Notons finalement, que la méthode utilisée en 1992-1993 pour produire des estimations de population ne tenait pas compte de la non-réponse partielle et ces estimations étaient donc biaisées à la baisse. Ceci fait en sorte qu'on ne peut pas comparer les populations estimées en 1998 avec celles de 1992-1993.

16.3 Précision des estimations

Dans la majorité des enquêtes statistiques, les estimations produites sont entachées d'erreurs dites d'échantillonnage, c'est-à-dire celles dues au fait que l'on n'enquête qu'une partie de la population visée. La complexité du plan de sondage utilisé pour produire l'échantillon de l'*Enquête sociale et de santé 1998* influence grandement la précision des résultats; une mesure de la précision de chaque estimation est donc nécessaire à l'inférence, c'est-à-dire pour procéder à l'analyse et à l'interprétation des résultats avec circonspection.

Le recours à un plan stratifié à deux degrés d'échantillonnage a un impact sur la précision des estimations. La répartition non proportionnelle de l'échantillon et la concentration des unités d'échantillonnage en unités primaires et en ménages mènent à une précision moindre que celle qu'on aurait eu avec un échantillon aléatoire simple de même taille. Ce dernier type de plan n'aurait pas pu être sérieusement envisagé compte tenu notamment des objectifs particuliers liés à l'obtention de statistiques régionales et infrarégionales et des coûts de collecte qu'aurait engendrés cette façon de faire.

L'effet de plan nous renseigne sur cette perte de précision associée à une estimation attribuable au plan de sondage de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Il se définit comme le quotient de la variance calculée avec le plan de sondage complexe de l'enquête par la variance calculée avec un plan aléatoire simple comptant le même nombre de personnes. Il peut être calculé pour chacune des estimations produites mais, étant donné le très grand nombre d'estimations produites dans la présente enquête, des effets de plan moyens ont été calculés pour quelques catégories de variables homogènes par rapport à la variance.

Au QRI, pour les estimations portant sur les personnes, quatre catégories de variables ont été formées et les quatre effets de plan moyens correspondant ont été produits. L'effet de plan moyen principal associé à la catégorie de variables regroupant la majorité des phénomènes étudiés s'élève à 2,1. Ceci signifie que les quelque 30 386 répondants au QRI permettent d'établir des estimations ayant une précision équivalente à celle qu'un échantillon aléatoire simple de 14 470 personnes aurait fournies. Au QAA, trois catégories de variables

ont été construites et trois effets de plan moyens ont été calculés. Pour la majorité des caractéristiques étudiées, un effet de plan moyen de 2,0 est obtenu. Par ailleurs, des effets de plan spécifiques ont aussi été calculés pour les estimations utilisant les médicaments, les ménages ou les problèmes de santé comme unités d'analyse.

Le tableau 16.1 présente les effets de plan servant aux analyses provinciales obtenus pour des groupes de caractéristiques homogènes quant à leur variance. Ces effets de plan ont été utilisés lors de l'analyse des données de l'enquête, notamment pour la construction d'intervalles de confiance approximatifs et pour un ajustement simple aux tests du khi-deux produits avec le logiciel statistique SAS. Cet ajustement est rendu possible en divisant les poids à moyenne 1 des données par l'effet de plan et en utilisant une option permettant une analyse pondérée d'un tableau de fréquences à deux variables. À moins de procéder à de tels ajustements, ce logiciel, tout comme la majorité des logiciels d'analyse statistique, ne tient pas compte du plan de sondage complexe au moment de réaliser les calculs de précision et de statistiques de tests.

Tableau 16.1
Effets de plan pour le QRI et le QAA, *Enquête sociale et de santé 1998*

Effets de plan au QRI	
Général	2,1
Sections 12, 13 et 15 (sauf questions 175 à 178), SECALIM, CAUS, COUVMED, COUVPRI, COUVSDEN, COUVSH, COUVVUE, TYPEREG; la question 157, SUFREV et SITUA	5,8
Questions 175 à 178	8,8
Questions 41, 48 et 75; MATCONJ2, VACCIN, VACREC	3,3
Médicaments	4,2
Ménages (familles)	1,6
Problèmes de santé	2,8
Effets de plan au QAA	
Général	2,0
questions 223 à 225, 228 et 229; GROUPTH2, LANGMAT	4,8
questions 9 (a, b, c), 157 à 159, 161, 171 à 174, 194, 195 et 232 à 238; REPASEXA, REPASEXT, VSPIRIT, SSPIRIT, RELENFA, ISSAV, ISUTIL, DURPAUV	2,6

Des effets de plan régionaux ont également été calculés et utilisés pour les analyses faites à ce niveau. Le tableau 16.2 présente les effets de plan pour chaque questionnaire et quelques variables en fonction de la région sociosanitaire.

Dans tous les cas, les calculs de précision nécessaires à l'établissement des effets de plan ont été faits avec le logiciel SUDAAN spécialement conçu pour l'analyse statistique de données d'enquêtes complexes. La méthode de linéarisation de Taylor sert alors à faire l'estimation de la variance et l'estimateur de Yates-Grundy-Sen (Yates et Grundy-Sen, 1953) a été utilisé.

Tableau 16.2
Effets de plan régionaux pour le QRI et le QAA, *Enquête sociale et de santé 1998*

Région sociosanitaire	QRI			QAA	
	Général	Questions 41, 48, 75b et c, MATCONJ2	Sections 12, 13 et 15 (sauf les questions 175 à 178); SECALIM, CAUS, COUVMED, COUVPRI, COUVSDEN, COUVSH, COUVVUE, TYPEREG, SUFREV98, FAMPAR	Général	DURPAUV, PERCU, Questions 9a,b et c, 157,158,194,229,238; REPASEXA, REPASEXT, RELACT, VSPIRIT, SSPIRIT, ISSAV, ISUTIL
Bas du fleuve	1,5	1,8	4,4	1,5	1,8
Saguenay–Lac-St-Jean	1,4	1,8	4,4	1,3	1,8
Québec	1,4	1,8	4,4	1,4	1,8
Mauricie–Bois-Francs	1,7	1,7	4,4	1,5	1,8
Estrie	1,4	1,8	4,4	1,4	1,8
Montréal	1,5	1,8	4,4	1,4	1,8
Outaouais	1,7	2,2	4,4	1,7	2,1
Abitibi-Témiscamingue	1,6	1,8	4,4	1,2	1,8
Côte-Nord	1,3	1,8	4,4	1,4	1,8
Nord-du-Québec	1,1	1,4	4,4	1,2	1,4
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1,7	1,7	4,4	1,6	2,0
Chaudière-Appalaches	1,2	1,8	4,4	1,3	1,8
Laval	1,5	1,8	4,4	1,4	1,8
Lanaudière	1,5	1,8	4,4	1,4	1,8
Laurentides	1,5	1,8	4,4	1,4	1,8
Montérégie	1,8	2,2	4,4	1,7	1,8

Remarques :
- Pour les régions 6, 7, 13 et 16, l'effet de plan pour l'indice GROUPTH2 vaut 3,9
- Pour les questions 175 à 178 du QRI, l'effet de plan pour toutes les régions vaut 6,6.

Le coefficient de variation (CV) permet de mesurer la précision relative d'une estimation. On l'obtient en divisant l'erreur-type de l'estimation par l'estimation elle-même. Parce qu'elles sont suffisamment précises, les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 % sont présentées sans commentaire; celles dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*) pour montrer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour en signaler la faible précision et doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont fournies qu'à titre indicatif. Les coefficients de variation n'ont pas été calculés dans le présent rapport pour les données des enquêtes antérieures (1987 ou 1992-1993), mais si l'on considère des estimations correspondantes, ils devraient être du même ordre de grandeur que ceux de 1998 étant donné que les tailles d'échantillon et les plans de sondage sont équivalents pour les trois enquêtes.

Par ailleurs, on peut aussi avoir une idée de la qualité d'une estimation en examinant l'étendue de l'intervalle de confiance lui correspondant. Des intervalles de confiance approximatifs ont pu être construits pour les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* en utilisant les effets de plan. Pour les proportions, quelques dispositions particulières ont aussi été prises pour le choix de la méthode de construction d'un intervalle de confiance. Lorsque le nombre de répondants était suffisamment grand, compte tenu de la valeur de la proportion estimée, l'intervalle de confiance était construit en utilisant l'approximation normale de la loi de l'estimateur de la proportion à l'étude. Pour certains phénomènes peu fréquents cependant, on a eu recours à une modification pour le plan de sondage complexe d'une méthode reposant plutôt sur une approximation binomiale (Korn et Graubard, 1998).

16.4 Tests statistiques

Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, le traitement des mesures catégoriques a d'abord été fait à l'aide d'un test du khi-deux. Dans le cas d'un test significatif, on pouvait au besoin procéder à un test de comparaison de proportions. Dans tous les cas, un ajustement au test usuel a été effectué pour tenir compte de la complexité du plan de sondage.

Pour le test du khi-deux, les hypothèses sous-jacentes à la validité de ce test ne tiennent pas pour les données de la présente qui n'ont pas été recueillies à l'aide d'un échantillon aléatoire simple. On ne peut en effet supposer ici que les données sont indépendamment et identiquement distribuées. Deux approches ont servi à la production d'un test ajusté. La première, réalisée avec SAS à partir des données pondérées par les poids à moyenne 1, consiste à diviser la statistique habituelle du test par le minimum des effets de plan des deux variables en présence dans un tableau croisé de fréquences. Puis, si un test plus exact s'avérait nécessaire, la correction de Satterthwaite pour le test du khi-deux était faite à l'aide du logiciel SUDAAN spécialisé dans le traitement de données d'enquêtes. Parmi les corrections au test du khi-deux disponibles dans le logiciel SUDAAN, cette correction a été retenue puisqu'elle permet un meilleur contrôle de l'erreur de type I du test (Skinner et autres, 1989).

Les tests d'égalité de deux proportions étaient d'abord effectués à partir de deux intervalles de confiance, un pour chaque paramètre d'intérêt. La règle de décision s'articulait alors autour de l'absence de chevauchement entre ces intervalles. Cette approche a l'avantage d'être simple à réaliser avec un logiciel comme SAS, cependant, elle conduit souvent à un test trop conservateur. C'est pourquoi, lorsque des différences pouvaient sembler importantes, sans avoir été déclarées significatives par cette méthode, on établissait la comparaison en effectuant directement avec SUDAAN un test sur la différence des proportions à l'étude.

Pour la comparaison des caractéristiques de la population en 1987 ou en 1992-1993 à celles de 1998, la démarche utilisée consistait essentiellement à construire des intervalles de comparaison pour les deux proportions étudiées, la covariance entre les estimations étant alors nulle.

17. Étude de l’impact de la tempête de verglas de l’hiver 1998 sur les données de l'ESS98

La tempête de pluie verglaçante qui s’est abattue sur le Québec du 5 au 9 janvier 1998 a eu et aura des conséquences sur la vie de la population québécoise et sur leur santé.

Les indices de santé tels que mesurés dans l’*Enquête sociale et de santé 1998* peuvent vraisemblablement avoir été affectées par les conséquences de la tempête de verglas de janvier 1998. Or, l’ESS98 s’inscrit en continuité des deux enquêtes précédentes (enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*), tant par son contenu que par sa méthodologie, dans le but d’assurer une comparabilité des données et de fournir un portrait évolutif de la santé des Québécois. Ce principe directeur risquait donc d’être compromis si aucun moyen n’était pris pour mesurer l’impact de la crise du verglas sur les données de 1998. Une enquête complémentaire téléphonique auprès des informateurs clés des ménages privés interviewés dans le cadre de l’ESS98 a donc été effectuée. Ce projet a été mené par Jacinthe Loiselle de la Direction Santé Québec de l’Institut de la statistique du Québec, accompagnée de Serge Chevalier, Claire Durand et Robert Courtemanche, membres du comité scientifique permanent de la Direction Santé Québec et de Carmen Bellerose de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Le questionnaire de cette enquête complémentaire a permis de construire un indice servant à étiqueter les ménages ayant été sinistrés. À la section 17.1, on présente quelques éléments de la méthodologie de l'enquête; la taille de l'échantillon, le taux de réponse et la pondération. De plus, on retrouve le questionnaire à l'annexe 10.

Plusieurs familles québécoises peuvent avoir été affectées par les conséquences de cette tempête. La presse a fait état de nombreux problèmes de santé : hypothermie, intoxication alimentaire ou au monoxyde de carbone, chutes et fractures. Outre les problèmes physiques, il faut mentionner les symptômes anxieux, l’augmentation possible de la consommation de médicament, de tabac ou d’alcool.

Les résultats de l’analyse faite sur certaines variables de santé susceptibles d’avoir été influencées par la tempête de verglas de 1998 sont résumés aux sections 17.2 et 17.3. L’objectif principal de cette enquête complémentaire consistait à vérifier si le verglas a eu un impact sur les données de l’ESS98 et, si c'était le cas, à corriger les estimations pour minimiser cet impact. Il s’agissait de mesurer si les sinistrés présentaient ou non un profil sanitaire identique à celui des personnes qui n’avaient pas été sinistrées, ce profil contenant des variables qui, selon toute vraisemblance, risquaient le plus d’être affectées par les situations que les sinistrés avaient subies. Il fallait déterminer comment, en théorie, ces variables étaient affectées (à la hausse ou à la baisse). En particulier, il importait de répondre aux questions suivantes : est-ce que la perturbation va dans le sens attendu? Est-ce que l’effet du verglas a persisté dans le temps ou se concentre-t-il plutôt à la première vague de la collecte des données?

Ces questions ont été étudiées au niveau provincial et au niveau régional étant donné les objectifs de l’*Enquête sociale et de santé 1998*. En effet, cette enquête doit permettre, on se le rappellera, la production d’estimations pour le Québec, mais aussi pour chacune de ses régions sociosanitaires.

17.1 Éléments méthodologiques

17.1.1 Taille de l'échantillon et taux de réponse

L'enquête complémentaire téléphonique reliée à l'impact de la tempête de verglas de 1998 s'est faite auprès des informateurs clés des ménages privés interviewés dans le cadre de l'ESS98. Ainsi, 11 986 ménages répondants du QRI étaient admissibles à l'enquête. De ce nombre, 10 923 ménages ont répondu au questionnaire sur le verglas.

Les 10 923 ménages répondants représentent un total de 28 067 individus, dont 22 220 sont âgés de 15 ans et plus. De plus, 19 936 personnes faisant partie d'un ménage ayant répondu au questionnaire sur le verglas ont également répondu au QAA. Le taux de réponse au questionnaire sur le verglas pour les ménages admissibles selon la région sociosanitaire ainsi que le taux de réponse au QAA parmi les répondants au questionnaire sur le verglas également selon la région sociosanitaire sont présentés dans le tableau 17.1.

17.1.2 Pondération

Une pondération spéciale a été effectuée pour tenir compte de la non-réponse au questionnaire sur le verglas. Ainsi, deux nouvelles variables de poids ont été créées; une portant sur le sous-domaine des répondants au QRI et au verglas, et l'autre portant sur le sous-domaine des répondants au verglas et au QAA.

La méthodologie et les classes de pondération utilisées pour la pondération QRI-verglas et verglas-QAA sont essentiellement les mêmes que celles décrites à la section 14.2. La différence porte uniquement sur le domaine des répondants. Pour le poids QRI-verglas, l'ajustement pour la non-réponse porte sur le sous-domaine des ménages qui ont répondu au QRI et au questionnaire sur le verglas, alors que pour le poids verglas-QAA, l'ajustement porte sur le sous-domaine des individus qui ont répondu au questionnaire sur le verglas et également au QAA.

Par ailleurs, chacune des deux variables de pondération a également été ajustée de façon à ce que la distribution pondérée des répondants de leur sous-domaine respectif soit identique à la distribution de la population visée. Les classes de poststratification utilisées sont les mêmes que celles décrites à la section 14.5.

Tableau 17.1
Taux de réponse pondéré au QRI-verglas, proportion pondérée de répondants au verglas-QAA parmi les répondants du QRI-verglas âgés de 15 ans et plus et taux de réponse pondéré au verglas-QAA selon la région sociosanitaire, *Étude de l'impact de la tempête de verglas sur les données de l'ESS98*

Région sociosanitaire	Taux de réponse pondéré au QRI-Verglas (%)	Proportion pondérée de répondants au Verglas-QAA (%)	Taux de réponse pondéré au Verglas-QAA (%)
Bas-Saint-Laurent	91,7	86,9	79,7
Saguenay–Lac-Saint-Jean	92,8	94,0	87,2
Québec	89,7	86,4	77,5
Mauricie–Centre-du-Québec	89,5	86,0	77,0
Estrie	90,9	93,7	85,2
Montréal-Centre	85,5	78,4	67,0
Outaouais	90,7	86,3	78,3
Abitibi-Témiscamingue	91,5	92,9	85,0
Côte-Nord	92,4	89,3	82,5
Nord-du-Québec	94,2	89,1	83,9
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	91,6	79,1	72,5
Chaudières-Appalaches	94,1	90,0	84,7
Laval	90,5	81,5	73,8
Lanaudière	94,5	87,2	82,4
Laurentides	88,2	88,4	78,0
Montérégie	89,8	86,4	77,6
Ensemble du Québec	89,3	85,1	76,0

17.2 Analyse provinciale

17.2.1 Méthodologie

Pour l'analyse des résultats de ce projet complémentaire, un groupe de travail a été formé. Il se composait de Jacynthe Loiselle, Carmen Bellerose, Serge Chevalier et Robert Courtemanche, auxquels se sont ajoutés Jimmy Baulne et Nathalie Audet de l'Institut de la statistique du Québec.

Le groupe s'est d'abord entendu pour définir un indice PANNE, prenant la valeur 1 (sinistré) si le logement où résidait un ménage répondant à *l'Enquête sociale et de santé 1998* avait subi une panne d'électricité de deux jours ou plus lors de la tempête, et la valeur 2 (non-sinistré), s'il n'y avait pas eu panne d'électricité ou si celle-ci avait duré moins de deux jours. On a ensuite établi une liste des variables les plus susceptibles d'être influencées par la tempête de verglas (voir l'annexe 11). Le sens attendu de l'effet du verglas sur ces indices de santé a été présenté dans un document de travail produit par Jacynthe Loiselle en date du 30 octobre 1998.

Dans un but exploratoire, ces indices de santé ont été croisés avec l'indice PANNE, sous forme de tableaux pondérés bivariés afin de sélectionner les variables présentant des différences entre les personnes sinistrées et les personnes non sinistrées. Les données de seulement deux vagues de collecte étant disponibles à ce moment, un seuil de 5 % a été utilisé dans les tests effectués pour tenir compte de ce fait. À partir d'un test du

khi-deux, neuf indices ont été sélectionnés : la consommation de tranquillisants (question 34 du QRI), la consultation d'un professionnel de la santé (CONSPROF), la consultation d'un professionnel autre qu'un médecin (AUTPROF), le nombre de problèmes de santé (NBRE_PS), le soutien social (SSOCS), la détresse psychologique (IDPESQ14), la perception de l'état de santé (PERCEPT), l'activité physique (FRAPLG1) et la consommation d'alcool (ALCOOL98 en 2 catégories : 0-13 consommations et 14 consommations et plus).

On a ensuite vérifié si les effets perduraient dans le temps ou si d'autres variables exogènes pouvaient expliquer les éventuelles différences observées. Pour chacun des neuf indices de santé retenus, un modèle de régression logistique a été ajusté aux données, la variable dépendante étant l'indice de santé, et les variables explicatives, l'indice PANNE, la vague de collecte, l'interaction entre PANNE et la vague, la scolarité, la présence dans le ménage d'au moins un enfant de moins de quinze ans, l'aire homogène[31], l'âge et le sexe. L'introduction d'une interaction entre la vague de collecte et la variable PANNE dans le modèle visait à étudier si l'effet du verglas persistait d'une vague à l'autre, alors que la présence des variables socio-démographiques servait à vérifier si l'écart observé entre sinistrés et non-sinistrés n'était attribuable qu'à la différence entre leurs caractéristiques sociodémographiques. Ces dernières variables ont donc été introduites pour contrôler d'éventuels effets confondants des caractéristiques sociodémographiques et permettent donc de répondre à la question suivante : s'il y a un écart significatif entre les sinistrés et les non-sinistrés, cet écart persiste-t-il une fois les deux groupes rendus comparables quant à leurs caractéristiques sociodémographiques?

La modélisation a été faite à l'aide des procédures RLOGIST (pour les indices de santé dichotomiques) et MULTILOG (pour les indices à plusieurs modalités) de SUDAAN, un logiciel construit pour tenir compte de la complexité du plan de sondage de l'enquête. Pour une variable à k modalités, la procédure MULTILOG effectue k-1 régressions logistiques en utilisant la même modalité comme modalité de référence. La comparaison des groupes sinistrés et non sinistrés est basée sur un test global utilisant une pondération spéciale pour tenir compte du plan de sondage complexe et de la non-réponse au questionnaire sur le verglas. Le choix du seuil critique utilisé pour les tests (0,01) a été fait de façon à éviter la détection de différences minimes qui ne sont pas nécessairement dues au verglas. Une attention particulière a cependant été portée aux indices de santé ayant un seuil observé près de 0,05 ou inférieur à 0,05 dans le but d'étudier le comportement de ces indices lorsqu'on considère certaines variables socio-démographiques dans le modèle.

Par ailleurs, la quantification d'une différence significative entre les proportions de personnes sinistrées et de personnes non sinistrées pour une variable ou un indice de santé donné peut se faire en utilisant les rapports de cotes associés à l'indice PANNE et ajustés pour les variables sociodémographiques mises dans le modèle. Or, un rapport de cotes ajusté pour le modèle s'interprète comme un rapport de prévalences lorsqu'on étudie un phénomène rare (proportion < 10 %), ce qui n'est pas le cas pour les variables et indices étudiés ici. Dans notre cas, le rapport de cotes ajusté constitue plutôt une borne supérieure du rapport de prévalences puisqu'il comporte un biais positif. Des estimations plus justes du rapport de prévalences ont donc été calculées dans chaque cas en évaluant ce biais et en le soustrayant du rapport de cotes ajusté obtenu du modèle.

---

31. Les aires homogènes découpent le Québec en quatre zones : la métropole (région métropolitaine de Montréal), les capitales régionales (comme les RMR de Québec, de Chicoutimi,…), les autres agglomérations et villes et le rural. Chacune de ces zones est ensuite divisée en trois aires homogènes selon un indicateur socioéconomique : vulnérable, intermédiaire et peu vulnérable. Douze aires homogènes sont ainsi formées.

Finalement, l'impact de la tempête de verglas sur les estimations provinciales de l'*Enquête sociale et de santé 1998* a été évalué en tenant compte à la fois de la proportion de Québécois considérés sinistrés et de l'estimation du rapport de prévalences ajusté entre les sinistrés et les non-sinistrés.

17.2.2 Résultats

Le point de départ consiste à tester l'hypothèse d'interaction entre le fait d'être sinistré ou non et la vague de collecte dans un modèle visant à expliquer une mesure de santé. Aucun de ces tests n'a permis de détecter une interaction significative, ce qui veut dire que l'écart entre les sinistrés et les non-sinistrés ne varie pas d'une vague à l'autre.

Après avoir enlevé l'interaction avec la vague de collecte et modélisé par une régression logistique les indices de santé en tenant compte des variables sociodémographiques, on teste si le paramètre de l'indice PANNE est significatif. Le tableau 17.2 présente les seuils observés de ce test. On remarque que pour les indices QRI34, AUTPROF, SSOCS, PERCEPT et FRAPLG1, on ne détecte aucune différence significative entre les personnes sinistrées et non sinistrées lorsque les variables sociodémographiques sont considérées dans le modèle.

Tableau 17.2
Seuils de signification observés pour les neuf variables d'analyse lorsqu'on tient compte des variables sociodémographiques (vague en 4 catégories), *Étude de l'impact de la tempête de verglas sur les données de l'ESS98*

Indices	Seuil du test sur le paramètre de PANNE dans le modèle sans interaction
QRI34	0,23
CONSPROF	**0,043**
AUTPROF	0,40
NBRE_PS (3 catégories)	**0,002**
SSOCS	0,21
IDPESQ14	**0,041**
PERCEPT	0,25
FRAPLG1	0,90
ALCOOL98 (2 catégories)	**0,007**

Des analyses supplémentaires ont été faites sur les quatre indices de santé CONSPROF, NBRE_PS, IDPESQ14 et ALCOOL98 pour lesquels les variables sociodémographiques ne suffisent pas à expliquer les différences observées entre sinistrés et non-sinistrés. Pour faciliter les analyses et l'interprétation des résultats, nous avons effectué des regroupements de modalités pour certaines variables.

Étant donné que la tempête de verglas a eu lieu en janvier, l'hypothèse selon laquelle l'effet, s'il en existe un, sur les mesures de santé, ne soit présent qu'à la première vague a d'abord été vérifiée pour les quatre indices identifiés plus tôt. Pour ce faire, une nouvelle variable de vague a été construite comportant deux niveaux : le premier correspond à la vague 1, l'autre au regroupement des vagues 2, 3 et 4. Un test a ensuite été fait concernant la présence d'un effet significatif d'interaction entre la panne et la nouvelle mesure de vague.

Par ailleurs, la mesure du nombre de problèmes de santé étudiée à cette étape est redéfinie en regroupant la modalité « un seul problème de santé » avec la modalité « deux problèmes de santé ou plus » pour donner plus de puissance à notre test. Les résultats pour les quatre variables ayant un seuil observé pour le test sur le paramètre de PANNE près du seuil critique sont résumés aux tableaux 17.3 et 17.4.

Tableau 17.3
Seuils de signification observés pour les quatre variables critiques après dichotomie de la variable vague (vague en 2 catégories) lorsqu'on tient compte des variables sociodémographiques, *Étude de l'impact de la tempête de verglas sur les données de l'ESS98*

Indices	Seuil du test d'interaction	Seuil du test sur le paramètre de PANNE dans le modèle final sans interaction
CONSPROF	0,12	0,043
NBRE_PS (2 catég.)	0,68	0,001
IDPESQ14	0,64	0,041
ALCOOL98 (2 catég.)	0,47	0,007

Tableau 17.4
Estimations des rapports de prévalences ajustés et modèles retenus pour expliquer les différences entre les sinistrés et les non-sinistrés pour les indices ayant révélé une différence significative (vague en 2 catégories), *Étude de l'impact de la tempête de verglas sur les données de l'ESS98*

Indices	Estimation du rapport de prévalences ajusté entre sinistrés et non-sinistrés	Variables sociodémographiques retenues dans le modèle
CONSPROF	1,08	L'âge, le sexe et la scolarité.
NBRE_PS (2 catég.)	1,10	La vague, l'âge, le sexe, la présence d'un enfant < 15 ans, l'aire homogène et la scolarité.
IDPESQ14	1,11	L'âge, le sexe, l'aire homogène et la scolarité.
ALCOOL98 (2 catég.)	(difficilement interprétable)	La vague, le sexe, la présence d'un enfant < 15 ans et l'aire homogène.

CONSPROF (consultation d'un professionnel de la santé)

En utilisant la nouvelle définition de la variable vague (2 catégories), nous avons refait le test d'interaction entre le fait d'être sinistré ou non et la vague : le nouveau seuil observé du test d'interaction est de 0,12. Toujours en utilisant la régression logistique, une modélisation de l'indice de santé a également été refaite en utilisant la variable vague en deux catégories. Le modèle final conduit à un seuil observé pour la variable PANNE de 0,043.

Ces deux résultats indiquent que la proportion de personnes sinistrées ayant consulté un professionnel de la santé est relativement plus grande que celle observée chez les non-sinistrés, et ce, lorsqu'on contrôle l'effet confondant de certaines caractéristiques sociodémographiques. Par contre, cet écart ne se concentre pas uniquement à la première vague.

L'estimation du rapport de prévalences ajusté indique que, pour des personnes ayant des caractéristiques sociodémographiques semblables, la proportion de personnes ayant consulté un professionnel est 1,08 fois plus élevée chez les sinistrés que la proportion correspondante parmi les non-sinistrés. Puisqu'on estime qu'environ 35 % des Québécois ont été sinistrés, la proportion de personnes ayant consulté un professionnel de la santé produite avec les données de l'enquête de 1998 correspond à une surestimation de 0,7 % par rapport à ce qu'on aurait eu s'il n'y avait pas eu de tempête de verglas. Sans cette tempête donc, on peut penser que la proportion qui nous intéresse ici aurait été d'environ 24,5 % plutôt que 25,2 %.

NBRE_PS (nombre de problème de santé)

En utilisant la variable NBRE_PS et la vague en deux catégories (comme défini plus haut), nous avons refait le test concernant l'effet d'interaction entre le fait d'être sinistrés ou non et la vague : le seuil observé de ce test est de 0,68. Toujours en utilisant NBRE_PS et vague en deux catégories, une modélisation de l'indice de santé a été refaite. Le modèle final indique une différence significative entre la proportion de personnes sinistrées ayant déclaré au moins un problème de santé et la proportion chez les personnes non sinistrées avec un seuil observé de 0,001. De la même façon que pour la consultation d'un professionnel, la différence observée entre les personnes sinistrées et les personnes non sinistrées persiste durant toute l'année.

Le rapport de prévalences estimé ici est d'environ 1,10. L'augmentation de 10 % de la proportion de personnes ayant eu au moins un problème de santé chez les sinistrés correspond à une surestimation de 1,9 % pour l'estimation provinciale puisque environ 35 % des Québécois ont été sinistrés. Donc, on estime que s'il n'y avait pas eu de pluie verglaçante, environ 64,3 % des Québécois seraient de ceux ayant eu au moins un problème de santé. Avec les données actuelles, on évalue plutôt cette proportion à 66,2 %.

IDPESQ14 (indice de détresse psychologique)

La même procédure a servi à l'analyse de l'indice de détresse psychologique. On teste d'abord l'effet d'interaction en utilisant la variable vague en deux catégories : le seuil observé de ce test est de 0,64. Comme pour les deux indices de santé précédents, on a ensuite effectué une modélisation de l'indice IDPESQ14 : le seuil observé du paramètre de PANNE pour le modèle final est de 0,041.

Ces deux résultats indiquent que la proportion de personnes sinistrées appartenant à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique est relativement plus élevée que la proportion chez les personnes non sinistrées.

On estime ici que l'augmentation de la proportion de personnes appartenant à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique est de l'ordre de 11 % en faveur des personnes ayant été sinistrées, pour des personnes ayant des caractéristiques socio-démographiques semblables. Étant donné qu'on estime que 35 % des Québécois ont été sinistrés, cette augmentation de 11 % correspond à une surestimation de 0,8 % au niveau provincial. On en déduit que l'estimation de la proportion de Québécois appartenant à la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique aurait été d'environ 19,3 % au lieu de 20,1 %.

ALCOOL98 (consommation d'alcool)

Lorsqu'on utilise l'indice ALCOOL98 en deux catégories (moins de 14 consommations et 14 consommations et plus) et la vague en deux catégories, on obtient un seuil de 0,47 pour le test concernant l'effet d'interaction entre le fait d'être sinistrés et la vague. Tout comme précédemment, on modélise ensuite l'indice de santé à l'aide d'une régression logistique; le modèle final indique une différence significative entre la proportion de personnes sinistrées ayant consommé 14 consommations et plus dans la dernière semaine ayant précédé l'enquête et la proportion chez les non sinistrés avec un seuil observé de 0,007.

Étonnamment, la différence observée ne va pas dans le sens attendu, c'est-à-dire qu'on observe que les personnes sinistrées ont été proportionnellement moins nombreuses à prendre 14 consommations et plus que les personnes non sinistrées. Notons également que ce résultat ne se concentre pas à la première vague mais plutôt sur toute l'année. L'estimation du rapport de prévalences ajusté est donc difficilement interprétable. Ce résultat inattendu amène à se questionner sur l'impact réel du verglas sur cet indice. Peut-être les deux groupes présentent-ils des caractéristiques différentes liées à la consommation d'alcool et dont on n'a pas ou ne pouvait pas tenir compte dans le modèle.

17.2.3 Conclusion

En résumé, les résultats présentés ne suggèrent pas la correction des données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, car les quelques différences observées sur un petit nombre d'indices de santé sont plutôt faibles, constantes dans le temps et ne se concentrent pas à la première vague comme on aurait pu le croire.

17.3 Analyse régionale

17.3.1 Méthodologie

La méthodologie utilisée dans l'analyse régionale est essentiellement la même que pour l'analyse portant sur l'ensemble du Québec. Cependant, le groupe de travail a convenu que les analyses seraient restreintes aux indices ayant présenté des différences notables pour les analyses provinciales (consultation d'un professionnel, nombre de problèmes de santé, détresse psychologique et consommation d'alcool). Toutefois, une attention particulière a aussi été donnée aux indices définissant l'activité physique et la perception de la santé, mais mentionnons d'ores et déjà que rien de concluant n'a été observé concernant l'activité physique.

Le tableau 17.5 présente quelques statistiques descriptives concernant les régions. L'examen de ces données suggère d'abord que, même si toutes les régions sociosanitaires du Québec présente un nombre de jours sans électricité non nul, plusieurs d'entre elles ont en fait été très peu touchées par le verglas. L'impact sur les estimations a donc dans beaucoup de cas été jugé négligeable. Ainsi, pour les analyses subséquentes, l'étude n'a été approfondie que pour les régions présentant un nombre de jours moyen de panne d'électricité par ménage supérieur à un jour.

D’ailleurs, le nombre moyen de jours sans électricité par ménage suggère le regroupement de certaines régions. Trois groupements ont été constitués et analysés :

1) Estrie-Laval-Laurentides avec une moyenne d’environ 1,4 jour sans électricité par ménage.

2) Montréal-Outaouais avec une moyenne de l’ordre de 2 jours sans électricité par ménage.

3) Montérégie avec une moyenne de 11,4 jours sans électricité par ménage.

Tableau 17.5
Statistiques descriptives concernant les régions sociosanitaires, *Étude de l'impact de la tempête de verglas sur les données de l'ESS98*

Région sociosanitaire	Taille de l’échantillon	Nombre moyen de jours sans électricité par ménage (jours)	Nombre maximum de jours sans électricité (jours)
Bas St-Laurent	1 535	0,001	1
Saguenay–Lac-St-Jean	1 824	0,02	13
Québec	1 277	0,01	3
Mauricie–Bois-Francs	1 452	0,69	26
Estrie	1 470	1,39	28
Montréal	2 968	2,41	30
Outaouais	1 822	1,74	25
Abitibi–Témiscamingue	1 602	0,004	2
Côte Nord	1 800	0,01	9
Nord-du-Québec	1 417	0,02	14
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1 465	0,04	5
Chaudière–Appalaches	1 645	0,13	31
Laval	1 611	1,39	28
Lanaudière	1 604	0,18	30
Laurentides	1 514	1,41	31
Montérégie	3 061	11,40	88

Ces groupements étant très différents du point de vue du nombre moyen de jours sans électricité, il a été suggéré d’utiliser un indice PANNE différent pour chaque groupement de régions. Comme auparavant, cette variable est définie dans chaque cas à partir du nombre de jours de panne électrique, mais le critère servant à définir le point de coupure entre les ménages sinistrés et ceux non sinistrés peut différer. Il a été établi de tel sorte qu’il y ait au moins 20 % de la population régionale (ou pour le regroupement de régions) qui soit considérée comme sinistrée. Ce critère nous évite de porter des conclusions uniquement sur un faible nombre d’individus. Le tableau 17.6 présente les points de coupure utilisés lors des analyses pour les régions ou regroupements de régions considérés.

Ainsi, pour l’Estrie, Laval et les Laurentides, un ménage est jugé sinistré si celui-ci a manqué d’électricité pendant au moins 2 jours. Pour Montréal et l’Outaouais, le même point de coupure s’applique, c’est-à-dire 2 jours ou plus. Dans le cas de la Montérégie, le point de coupure retenu est d’avoir manqué d’électricité pendant au moins 4 jours. Cependant, étant donné que 63 % de la population de cette région a subi une panne de plus d’une semaine, on a de plus effectué une deuxième modélisation pour cette région en utilisant comme autre définition de l’indice PANNE : moins de 7 jours sans électricité versus 7 jours ou plus sans

électricité.

À l’aide du modèle de régression logistique des procédures RLOGIST et MULTILOG de SUDAAN, une première modélisation a été faite au niveau régional pour chaque groupement de régions selon leur définition respective de l’indice PANNE. En modélisant l’indice de santé uniquement en fonction de la variable PANNE, on vérifie si la différence brute entre les individus sinistrés et ceux non sinistrés est significative. Le tableau 17.6 présente les indices analysés ainsi que le seuil du test sur le paramètre de PANNE.

Tableau 17.6
Points de coupure utilisés pour chaque groupement de régions et seuil du test entre les sinistrés et les non-sinistrés au niveau régional, *Étude de l'impact de la tempête de verglas sur les données de l'ESS98*

Points de coupure :		Seuil observé
Estrie-Laval-Laurentides	? 2 jours	
Montréal-Outaouais	? 2 jours	
Montérégie	? 4 jours	
Montérégie2	1 semaine ou plus	
CONSPROF		
Estrie-Laval-Laurentides		0,38
Montréal-Outaouais		**0,049**
Montérégie		0,88
Montérégie2		0,63
NBRE_PS (2 catégories)		
Estrie-Laval-Laurentides		0,15
Montréal-Outaouais		0,82
Montérégie		0,50
Montérégie2		0,27
IDPESQ14		
Estrie-Laval-Laurentides		0,25
Montréal-Outaouais		0,16
Montérégie		0,73
Montérégie2		**0,079**
ALCOOL98 (en 2 catégories)		
Estrie-Laval-Laurentides		0,90
Montréal-Outaouais		**0,009**
Montérégie		0,58
Montérégie2		0,56
PERCEPT (en 2 catégories)		
Estrie-Laval-Laurentides		**0,03**
Montréal-Outaouais		0,20
Montérégie		0,95
Montérégie2		0,68

17.3.2 Résultats

Quatre indices de santé présentent, au niveau régional, des seuils observés près de 0,05 ou inférieur à 0,05. Il s'agit de CONSPROF et ALCOOL98 pour les régions de Montréal et de l'Outaouais, de PERCEPT pour les régions de l'Estrie, de Laval et des Laurentides et, finalement, de IDPESQ14 pour la région de la Montérégie (sinistrés d'une semaine ou plus). Notons que les écarts observés au niveau régional vont dans le même sens que ceux observés au niveau provincial.

À la suite de ces résultats, les variables socio-démographiques décrites à la section méthodologie de l'analyse provinciale ont été incluses dans les modèles, pour tenter d'expliquer les différences observées entre sinistrés et non-sinistrés. Ainsi, pour les régions de Montréal et de l'Outaouais, le seuil du test comparant les sinistrés et les non-sinistrés passe de 0,049 à 0,09. On ne peut alors conclure à une relation entre le verglas et la consultation d'un professionnel de la santé. En ce qui concerne l'indice de détresse psychologique en Montérégie et la perception de la santé du groupement de régions Estrie-Laval-Laurentides, aucune différence significative n'est observée chez les sinistrés d'une semaine ou plus lorsqu'on tient compte de l'âge des individus. Les seuils du test passent respectivement de 0,079 à 0,13 et de 0,03 à 0,08. Pour ce qui est de la consommation d'alcool dans les régions de Montréal et de l'Outaouais, le même phénomène qu'au niveau provincial se produit, c'est-à-dire que les sinistrés ont consommé moins d'alcool que les non-sinistrés, et ce, de façon constante au cours de l'année. Même si le test est significatif (seuil=0,01), aucune interprétation quantitative n'est formulée étant donné l'ambiguïté du résultat. Le tableau 17.7 résume ces conclusions.

Tableau 17.7
Seuil du test et modèles retenus pour expliquer les variations entre les sinistrés et les non-sinistrés pour les indices d'intérêt au niveau régional (vague en 2 catégories), *Étude de l'impact de la tempête de verglas sur les données de l'ESS98*

Indices	Régions	Seuil du test entre sinistrés et non-sinistrés	Variables sociodémographiques retenues dans le modèle final
CONSPROF	Montréal Outaouais	0,09	L'âge et le sexe.
IDPESQ14	Montérégie	0,13	L'âge.
ALCOOL98 (2 catég.)	Montréal Outaouais	0,01	Le sexe, la présence d'un enfant < 15 ans et l'aire homogène.
PERCEPT (2 catég.)	Estrie, Laval Laurentides	0,08	L'âge.

17.3.3 Conclusion

En résumé, les nombreuses analyses effectuées au niveau régional n'ont pas permis de détecter d'impact important sur les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* associé à la tempête de pluie verglaçante. Pour cette raison, aucune correction sur les indices de santé dans les analyses régionales n'a été effectuée.

18. Essais concernant deux mesures de santé mentale

Dans le cadre de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, deux mesures de santé mentale ont été incluses au questionnaire autoadministré (QAA). Ainsi, une première série de quatorze (14) questions permettant d'obtenir l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14), la mesure utilisée depuis la première enquête sociale et de santé en 1987, se trouvent dans le QAA de 1998. Ce questionnaire compte en plus une autre série de vingt-trois (23) questions servant au calcul de l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (ÉMMDP23)[32].

Par ailleurs, des mesures spéciales ont été prises au moment de définir le processus de collecte pour contrôler l'effet éventuel d'une série de questions sur les réponses à l'autre série. Ainsi, la moitié des individus choisis pour l'enquête ont reçu le QAA.1[33], c'est-à-dire celui où les questions de l'IDPESQ14 précèdent celles de l'ÉMMDP23. L'autre moitié des gens s'est vu remettre un QAA.2[2] présentant les questions dans l'ordre inverse (c'est-à-dire l'ÉMMDP23 suivi de l'IDPESQ14). Au moment de la collecte de données, l'attribution de l'un ou l'autre des types de questionnaires autoadministrés s'est faite de façon aléatoire. Cette façon de faire permet notamment de tester l'impact de l'ordre d'introduction des deux séries de questions sur les estimations produites avec l'une ou l'autre des mesures de santé mentale.

Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, on s'intéresse plus particulièrement à la proportion de personnes dans la population se classant à un niveau de détresse psychologique jugé « élevé ». Pour l'IDPESQ14, cela se produit lorsque le score d'un individu, correspondant à la somme des réponses fournies aux 14 questions de l'indice, est supérieur au 80e percentile de la distribution (pondérée) des scores de 1987. Pour l'ÉMMDP23, les analyses présentées ici utilisent le 80e percentile de la distribution (pondérée) des scores des individus ayant reçu le QAA.2 en 1998 comme borne au delà de laquelle on considère le niveau de détresse comme étant élevé. Il est à noter que ces analyses diffèrent quelque peu de celles qui se trouvent au chapitre 16 du rapport d'enquête. En effet, le point de coupure ayant servi dans cette dernière publication est aussi un 80e percentile, mais il s'agit de celui de la distribution (pondérée) des scores de tous les individus répondants au QAA en 1998, quel que soit le type de questionnaire qu'ils ont reçu (QAA.1 ou QAA.2).

Parmi les questions à l'étude dans le cadre de ces essais, on s'est d'abord intéressé à vérifier la sensibilité de l'IDPESQ14 et de l'ÉMMDP23 à l'ordre dans lequel les questions ont été administrées. Cette question est traitée à la section 18.1. Par ailleurs, on désire aussi savoir si ces deux mesures concordent, c'est-à-dire si elles permettent d'évaluer des aspects semblables de la santé mentale. La section 18.2 résume la méthodologie utilisée pour vérifier la concordance entre les deux mesures de santé mentale et les résultats des analyses effectuées. Finalement, la section 18.3 présente la conclusion des essais effectués.

18.1 Effet de l'ordre des questions

L'ordre dans lequel les questions sont posées peut avoir des impacts à plusieurs niveaux. Ainsi, il peut notamment avoir un effet sur la non-réponse partielle associée à l'une ou l'autre des mesures de santé mentale. Il se peut aussi que l'estimation simple de la proportion de personnes appartenant au niveau élevé de la mesure change en fonction de l'ordre de présentation des questions. Finalement, l'ordre des questions pourrait avoir un impact sur les relations qui existent entre chaque mesure et d'autres indicateurs de santé. Ces trois aspects de l'effet potentiel de l'ordre des questions ont été étudiés pour l'IDPESQ14 et pour l'ÉMMDP23.

---

32. Le lecteur est invité à consulter le chapitre 16 du rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* pour des détails concernant la construction de ces deux mesures.
33. Voir la partie I du cahier technique pour des détails sur les questionnaires QAA.1 et QAA.2.

18.1.1 Non-réponse partielle

En général, on définit le taux de non-réponse partielle à une question par la proportion de non-répondants à une question parmi ceux qui devaient y répondre. Pour un indice construit à partir des réponses à plusieurs questions, cette définition est quelque peu modifiée.

On considère en effet que l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) ne peut pas être calculé si plus de trois questions qui servent à sa construction sont manquantes. Ainsi, le taux de non-réponse partielle pour l'IDPESQ14 se calcule en divisant le nombre de personnes ayant fourni des réponses à moins de onze questions par le nombre total de personnes qui devaient répondre aux quatorze questions.

L'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (ÉMMDP23) comporte pour sa part vingt-trois questions portant sur quatre dimensions de la détresse psychologique à raison de 5, 6 ou 7 questions par dimension mesurée. Le calcul de l'échelle est jugé valide si chacune de ces quatre dimensions est bien définie. Pour une dimension donnée, cela se produit lorsqu'au plus une question est manquante. Par conséquent, le taux de non-réponse partielle se définit ici comme le rapport du nombre de personnes qui ont laissé plus d'une question sans réponse dans l'une ou l'autre des quatre dimensions parmi celles qui devaient répondre aux vingt-trois questions.

Lorsque tous les répondants à une enquête n'ont pas des poids égaux, comme c'est le cas dans *l'Enquête sociale et de santé 1998*, il est préférable de considérer un taux pondéré de non-réponse partielle plutôt qu'un taux brut. Les deux taux ci-haut mentionnés ont donc été calculés à partir de données pondérées.

En plus du taux de non-réponse partielle à proprement parler, on a aussi examiné ici les cas où aucune réponse n'avait été fournie par le répondant. Les proportions pondérées de personnes n'ayant répondu à aucune question composant chacune des mesures de santé sont donc comparées pour chaque type de questionnaire (tableau 18.1).

Tableau 18.1
Taux pondérés de non-réponse partielle et proportion estimée de personnes n'ayant fourni aucune réponse selon la mesure de santé mentale et le type de questionnaire, *Enquête sociale et de santé 1998*

Type de questionnaire	Indice de détresse psychologique (IDPESQ14)		Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (ÉMMDP23)	
	Taux de non-réponse partielle (%)	Proportion de personnes ne donnant aucune réponse (%)	Taux de non-réponse partielle (%)	Proportion de personnes ne donnant aucune réponse (%)
QAA.1	4,1	1,9	5,8	3,3
QAA.2	5,0	3,4	6,4	3,4
Global	4,6	2,7	6,1	3,3

Pour chacune des deux mesures de santé mentale, des tests statistiques ont été réalisés afin de vérifier s'il y avait ou non une différence significative entre les taux de non-réponse partielle et entre les proportions de personnes ne fournissant aucune réponse à la mesure, et ce, pour chaque type de questionnaire. Par ailleurs, les tests ont aussi été réalisés en contrôlant l'effet confondant possible de l'âge et du sexe. Des modèles de régression logistique multiple ont été produits à cette fin.

Pour l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14), il y a, en proportion, légèrement plus de non-réponse partielle lorsque les questions de l'indice sont placées après la série de questions servant à la construction de l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (seuil de signification observé = 0,02). Quant à la proportion de personnes ne répondant à aucune des questions de l'indice, elle est significativement plus importante pour le QAA.2 où les questions de l'IDPESQ14 suivent celles de l'ÉMMDP23.

Les résultats pour l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique diffèrent de ceux obtenus pour l'IDPESQ14. En effet, pour l'ÉMMDP23, il n'y a pas de différence significative des taux de non-réponse partielle pour chaque type de questionnaire, mais le taux global de 6,1 % peut être plus préoccupant que ceux obtenus pour l'IDPESQ14, d'autant plus qu'on trouve une plus grande proportion de non-répondants partiels chez les femmes et chez les personnes de 65 ans et plus. Quant à la proportion de personnes n'ayant répondu à aucune question composant l'échelle, elle est essentiellement la même quel que soit le type de questionnaire.

18.1.2 Proportion estimée de personnes appartenant au niveau élevé de chaque mesure de santé mentale

Comme pour la comparaison des taux de non-réponse partielle, des tests statistiques ont été effectués pour comparer les proportions de Québécois de 15 ans et plus appartenant au niveau élevé de chaque mesure de santé mentale selon le type de questionnaire autoadministré utilisé. Les effets confondants éventuels de l'âge et du sexe ont encore ici été contrôlés au moyen de modèles de régression logistique multiple (tableau 18.2).

Tableau 18.2
Proportion estimée de personnes appartenant à la catégorie élevée de la mesure de santé mentale selon le type de mesure et de questionnaire, *Enquête sociale et de santé 1998*

Type de questionnaire	Proportion appartenant à la catégorie élevée de la mesure de santé mentale (%)	
	Indice de détresse psychologique (IDPESQ14)	Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (ÉMMDP23)
QAA.1	20,8	17,2
QAA.2	19,4	20,1

Les tests révèlent que « l'effet » de l'ordre de présentation des questions sur l'indice de détresse psychologique est petit et non significatif au seuil de 5 % et ce, même lorsqu'on contrôle pour l'âge et le sexe à l'aide d'un modèle de régression logistique.

Par ailleurs, fait plus préoccupant, il en est tout autrement pour l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique. L'écart entre les deux types de questionnaires est très significatif (seuil de signification observé = 0,0001). La proportion de personnes appartenant au niveau élevé de l'échelle est plus grande lorsque les questions la composant sont présentées en premier, avant celles qui servent à la détermination de l'indice de détresse psychologique. Il semble en effet que les gens utilisent alors moins souvent la réponse « jamais » aux 23 questions de l'échelle.

18.1.3 Relations entre la mesure de santé mentale et d'autres indicateurs de santé

La question d'intérêt ici était de savoir si les principales relations connues entre la mesure de santé mentale utilisée et d'autres indicateurs de santé étaient préservées quel que soit le type de questionnaire administré.

Pour répondre à cette question, plusieurs modèles de régression logistique multiple ont été ajustés. Chacun présentait la même forme, c'est-à-dire que la variable dépendante y était une variable de santé connue pour être liée à chaque mesure de santé mentale considérée (IDPESQ14 ou ÉMMDP23); les variables explicatives comptaient l'âge, le sexe, la mesure de santé mentale, le type de questionnaire et l'interaction entre ces deux dernières variables. Cette interaction constitue en fait le terme d'intérêt puisque, si elle est significative, on doit conclure que la relation entre la variable de santé et la mesure de santé mentale n'est pas la même d'un type de questionnaire à l'autre.

Des études antérieures ont montré qu'il existe plusieurs relations connues entre des variables de santé et les mesures de santé mentale à l'étude (IDPESQ14 et ÉMMDP23). Quelques-unes de ces variables[34] ont été sélectionnées pour les tests. Il s'agit de la santé perçue, la santé mentale perçue, la consultation pour un problème de santé mentale, la présence d'idéations suicidaires au cours d'une année, la présence de tentatives de suicide, la consommation de tranquillisants et la consommation de stimulants. Les seuils de signification observés associés au terme d'interaction dans chaque modèle sont présentés au tableau 18.3.

Tableau 18.3
Seuil de signification observé du test correspondant au terme d'interaction entre le type de questionnaire et la mesure de santé mentale selon la variable dépendante de santé considérée, *Enquête sociale et de santé 1998*

Variable dépendante de santé	Seuil de signification observé	
	IDPESQ14 ? type de questionnaire	ÉMMDP23 ? type de questionnaire
Santé perçue	0,0598	0,0087
Santé mentale perçue	0,3081	0,0234
Consultation pour un problème de santé mentale	0,6960	0,1872
Présence d'idéations suicidaires	0,8442	0,5634
Présence de tentatives de suicide	0,8404	0,8599
Usage de tranquillisants	0,5597	0,4433
Usage de stimulants	0,9288	0,3644

34. Le lecteur est invité à consulter le rapport de l'enquête et la partie 2 du cahier pour des détails sur ces variables.

L'examen des tests produits suggère que les relations entre l'IDPESQ14 et plusieurs variables de santé sont préservées, même lorsque l'ordre d'introduction des questions portant sur la santé mentale diffère.

Il semble cependant que l'ÉMMDP23 soit un peu plus sensible à l'ordre des questionnaires. La relation entre cette mesure de santé mentale et la santé perçue diffère significativement selon le type de questionnaire administré. On note une tendance semblable pour la santé mentale perçue.

18.2 Concordance des mesures de santé mentale

18.2.1 Méthodologie

Les deux mesures de santé mentale pouvant être traités comme des variables continues (scores), une corrélation simple entre ces variables a d'abord été estimée. Et, quelques vérifications ont été faites en considérant séparément les données des gens ayant reçu l'un ou l'autre des types de questionnaires autoadministrés.

Chaque mesure a aussi été examinée dans sa forme catégorique. Les associations simples entre chacune de ces mesures et plusieurs autres variables ont été étudiées au moyen des tests d'indépendance du khi-deux. Cette étape de l'analyse devait permettre de vérifier si les deux mesures de santé mentale considérées dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* identifiaient les mêmes sous-populations « à risque ».

Ensuite, puisque les variables catégoriques (appartenance ou non à la catégorie élevée de la mesure) sont davantage utilisées dans l'enquête que leurs formes continues, une analyse de la concordance des deux indices catégoriques a été effectuée. Ainsi, le tableau de fréquences 2×2 correspondant au croisement des deux mesures dichotomiques a été étudié. Quatre (4) groupes ont ainsi été définis :

Groupe 1 La sous-population des personnes dont le niveau de détresse psychologique **est jugé « faible » par les deux mesures de santé mentale (0,0)**.

Groupe 2 La sous-population des personnes **identifiées seulement par l'ÉMMDP23** comme appartenant au niveau élevé de l'échelle de détresse (0,1).

Groupe 3 La sous-population des personnes **identifiées uniquement par l'IDPESQ14** comme appartenant au niveau élevé de l'indice de détresse (1,0).

Groupe 4 La sous-population des personnes dont le niveau de détresse psychologique **est jugé « élevé » par les deux mesures de santé mentale (1,1)**.

Une fois ces quatre groupes définis, on vérifie la concordance en obtenant d'abord la proportion de la population appartenant à chaque groupe. Si les deux mesures catégoriques concordent bien, la somme des proportions estimées dans les groupes 1 et 4 devraient être très près de 100 %. En plus, les caractéristiques de santé des gens appartenant aux sous-populations définies par les groupes 2 et 3 devraient être comparables. On peut aussi vouloir vérifier si les gens des groupes 2 et 3 ressemblent ou non à ceux identifiés par l'IDPESQ14 et l'ÉMMDP23 comme appartenant au niveau élevé de la mesure de détresse psychologique (groupe 4).

Les caractéristiques de santé considérées pour faire ces vérifications doivent être liées à la santé mentale. Celles qui ont servi ici aux analyses sont :

? la santé perçue (QAA 1);

? la santé mentale perçue (QAA 140);

? la présence ou non d'idéations suicidaires (QAA 141);

? la présence ou non de tentatives de suicides (QAA144);

? l'usage de tranquillisants, sédatifs ou somnifères (QRI 34);

? l'usage de stimulants (QRI 43);

? la déclaration de troubles mentaux (problèmes de santé QRI);

? la déclaration de troubles du sommeil (problèmes de santé QRI).

En plus, pour chaque groupe, les proportions de gens selon l'âge (4 groupes) et le sexe ont été examinées, ces caractéristiques individuelles étant en général associées à la santé.

Par ailleurs, des vérifications ont aussi été faites pour s'assurer que le type de QAA n'interférait pas dans les analyses, qu'il n'avait pas d'effet (interactif) sur les liens entre les caractéristiques de santé et le groupe (1, 2, 3 ou 4). Aucune interaction n'a été détectée.

18.2.2 Résultats

Concordance entre les indices continus :

La corrélation simple entre les deux mesures de santé mentales utilisées dans l'enquête de 1998 s'élève à environ .81.

Concordance entre les indices catégoriques :

Avec la première étape de l'examen des indices sous leur forme catégorique, on remarque que les personnes appartenant à la catégorie élevée des deux mesures de santé mentale se ressemblent. C'est qu'en fait, avec l'IDPESQ14 ou avec l'ÉMMDP23, on détecte essentiellement des associations significatives avec les mêmes variables (sociodémographiques, socioéconomiques ou autres variables de santé). Par exemple, il existe une association significative entre l'indice de détresse psychologique et l'âge, le sexe, la perception de la situation économique, la satisfaction par rapport à la vie sociale, le niveau de soutien social ou la perception de la santé pour ne mentionner que celles-là. Il en est de même pour l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique[35]. Et, dans les deux cas, ces associations vont dans le même sens.

---

35. Le lecteur peut consulter le chapitre 16 du rapport d'enquête pour plus de détails.

Le tableau 18.4 présente les proportions estimées de la population appartenant à chacun des quatre groupes définis plus tôt.

Tableau 18.4
Croisement de l'indice de détresse psychologique avec l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique, *Enquête sociale et de santé 1998*

IDPESQ14 % par rapport au total % par rapport à la ligne % par rapport à la colonne	**ÉMMDP23**	
	Niveau faible	**Niveau élevé**
Niveau faible	Groupe 1 74,28	Groupe 2 5,66
	92,91	7,09
	91,35	30,31
Niveau élevé	Groupe 3 7,03	Groupe 4 13,03
	35,06	64,94
	8,65	69,69

On peut noter une proportion d'environ 87 % d'individus « classés » de la même manière par les deux mesures de santé mentale (Groupe 1 plus Groupe 4). Les Groupes 2 et 3 comptent ainsi à peu près 13 % de la population.

Avant d'examiner plus à fond les caractéristiques de santé des individus de ces différentes sous-populations, deux caractéristiques individuelles ont été examinées. Des tests ayant permis de détecter des associations notables entre l'âge et le sexe d'une part et le Groupe d'autre part, et le fait que ces deux caractéristiques individuelles sont en général très associées aux caractéristiques de santé, suggèrent le recours à des analyses contrôlant pour les effets confondants éventuels de l'âge et du sexe. Les régressions logistiques faites à cette étape de l'analyse de concordance des mesures catégoriques comportent donc une variable pour l'identification du groupe défini par le croisement des deux mesures de santé mentale, l'âge et le sexe. En particulier, des contrastes ont été construits pour comparer les groupes 2 et 3 et les tests qui leur correspondent sont présentés au tableau 18.5.

Tableau 18.5
Régressions logistiques des différentes caractéristiques de santé en fonction de l'âge, du sexe et du Groupe : seuils de signification observés des contrastes entre les groupes 2 et 3, *Enquête sociale et de santé 1998*

Caractéristique de santé	Seuil de signification observé Groupes 2 versus 3
Santé perçue	0,7789
Santé mentale perçue	0,0000
Idéations suicidaires	0,0001
Tentatives de suicide	0,3918
Usage de tranquillisants	0,1768
Usage de stimulants	0,0084
Troubles mentaux	0,0000

Troubles du sommeil	0,1133

En gros donc, les groupes 2 et 3, soit les personnes identifiées uniquement par l'ÉMMDP23 ou celles identifiées uniquement par l'IDPESQ14 comme appartenant à la catégorie élevée de la mesure, se distinguent sur le plan de la santé mentale perçue, de la présence d'idéations suicidaires, de l'usage de stimulants et des troubles mentaux et ce, en contrôlant l'âge et le sexe.

Le groupe 2 compte en effet, en proportion, plus de personnes déclarant une mauvaise santé mentale perçue, ayant eu des idéations suicidaires, faisant usage de stimulants et déclarant des troubles mentaux que le groupe 3.

18.3 Conclusion

Les vérifications effectuées quant à l'impact éventuel de l'ordre d'introduction des questions dans le questionnaire autoadministré montrent une certaine sensibilité de l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (ÉMMDP23). En effet, la proportion de personnes appartenant à la catégorie élevée de cette mesure est significativement différente d'un type de questionnaire à l'autre. Par ailleurs, certaines relations entre l'échelle de santé mentale et d'autres indicateurs de santé changent lorsque les questions ne sont pas posées dans le même ordre. Il semble aussi que les différences trouvées entre les deux types de questionnaire ne s'expliquent pas par la non-réponse partielle. En effet, les taux de non-réponse partielle pour l'ÉMMDP23, de même que la proportion de gens ne fournissant aucune réponse aux 23 questions composant l'échelle, ne sont pas significativement différents d'un type de questionnaire à l'autre.

L'impact de l'ordre des questions sur l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) n'est manifeste qu'au niveau de la proportion de personnes ne fournissant aucune réponse aux questions de l'indice et du taux de non-réponse partielle légèrement supérieurs lorsque les quatorze questions de l'indice suivent celles composant l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique. Même pour ce type de questionnaire, le taux de non-réponse partielle demeure cependant en deçà de 5 %.

Le test réalisé montre par ailleurs que les deux mesures de santé mentale utilisée lors de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, soit l'IDPESQ14 et l'ÉMMDP23, ne concordent pas parfaitement. Les personnes « identifiées » comme appartenant au niveau élevé de la mesure, par l'indice ou par l'échelle, mais pas par les deux instruments à la fois, diffèrent significativement quant à d'autres indicateurs de santé associés à la santé mentale. On ne peut donc affirmer que les deux mesures sont équivalentes.

Toutefois, les tests du khi-deux effectués pour chacun des tableaux croisant une des mesures de santé mentale, l'IDPESQ14 ou l'ÉMMDP23, avec d'autres variables (caractéristiques individuelles, variables socioéconomiques ou variables de santé) révèlent que les deux mesures permettent essentiellement d'identifier les mêmes sous-populations « à risque » de détresse psychologique. En effet, on détecte dans les deux cas, les mêmes associations.

En conséquence, il a été décidé d'utiliser l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) dans le rapport de l'enquête. L'objectif de comparabilité de la présente enquête avec celles de 1987 et de 1992-1993 suggérait aussi un tel choix.

Une étude approfondie traitant plus spécifiquement des aspects méthodologiques associés à chacune de mesures testées ici devrait être effectuée ultérieurement et fera éventuellement l'objet d'une publication.

Bibliographie

BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE et D. TREMBLAY (sous la direction de) (1996). *Cahier technique et méthodologique, Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1*, Montréal, Santé Québec.

BERNIER N. et P. LAVALLÉE (1994). *La macro SAS : CALJACK*, Ottawa, Division des méthodes d'enquêtes sociales, Statistique Canada, 9 p.

COX, B. G. et COHEN, S. B. (1985), *Methodological Issues for Health Care Surveys*, Marcel Dekker Inc., New York.

DAVELUY, C., C. LAVALLÉE, M. CLARKSON et E. ROBINSON (sous la direction de) (1994). *Et la santé des Cris, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991*, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

DUFOUR, J. (1996). *Qualité des données à l'enquête sur la population active*, Ottawa, Direction de la méthodologie, Division des méthodes d'enquêtes-ménages, Statistique Canada (document interne).

JETTÉ, M. (sous la direction de) (1995). *Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik 1992, Tome III,* Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

KASS, G. V. (1980). « An exploratory technique for investigating large quantities of categorical data », *Applied Statistics*, vol. 29, p.119-127.

KORN, E. L. et GRAUBARD, B. I., « Confidence Intervals for Proportions with Small Expected Number of Positive Counts Estimated from Survey Data », *Survey Methodology,* vol. 24, no 2, p. 193-201, Statistics Canada.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). *Manuel de classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, vol 1 (9e révision)*, Genève, 783 p.

PAMPALON, R., D. GAUTHIER, G. RAYMOND et D. BEAUDRY (1990). *La santé à la carte*, Québec, Les publications du Québec, Gouvernement du Québec.

PAMPALON, R., G. RAYMOND, L. CAOUETTE et L. CÔTÉ (1998). *Révision du modèle des aires homogènes utilisé dans les enquêtes générales de Santé Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 35 p.

PAMPALON, R., L. LOSLIER, G. RAYMOND et P. PROVENCHER (1995). *Variations géographiques de la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 3,* Montréal, Santé Québec.

SKINNER, C. J., HOLT, D. et SMITH, T. M. F. (1989), *Analysis of Complex Surveys,* John Wiley & Sons, New York.

STATISTIQUE CANADA (1992). *Dictionnaire du recensement canadien de 1991*, Ottawa, Statistique Canada.

YATES, F. et GRUNDY-SEN, P. M. (1953), « Selection without Replacement from within Strata with Probability Proportional to Size », *Journal of the Royal Statistical Society, Série B*, vol. 15, p. 253-261.